Rok XXIX. Kraków, 18 Stycznia 1890. Nr. 3.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.
Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.
Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.
Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.
Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.
Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

TREŚĆ: I. ADAMKIEWICZ: Monoplegia anaesthetica faciei. — II. FEIGEL: Z pracowni prosektoryjum szpitala powszechnego we Lwowie. Przyczynki do kazuistyki „Porencephalii.“ (C. d.) — III. POMORSKI: Z kliniki prywatnéj chorób kobiecych A. Martina w Berlinie. Śródbłoniak jajnika. (C. d.) — IV. BOGDANIK: Dermoplastyczna amputacyja stopy. — V. PROCHASKA: Z praktyki prywatnéj. Przyczynek do leczenia duru brzusznego. — ZACZYŃSKI. — VI. *Oceny i sprawozdania.* OBALIŃSKI: Die Geschosswirkung der neuen Kleinkalibergewehre. — *Chirurgija.* BUM. — ROCKWITZ. — WASSILIJEW. — *Choroby wewnętrzne.* BOAS. *Choroby skórne i weneryczne.* FLEINER. — RIOCREUX. — MICHELSON. — HAAS. — *Choroby nerwowe.* KRAFFT-EBING. — *Choroby umysłowe.* MOREAU. — VII. JABŁONOWSKI: Przyczynki do Epidemijologii Wschodu. (C. d.) — VIII. *Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.* FORSTER. — Okólnik. — Rozporządzenie. — IX. *Wiadomości bieżące.*

I. Monoplegia anaesthetica faciei.

Opisał
prof. Dr. Adamkiewicz.

Przez „monoplegia anaesthetica“ rozumiem utratę czucia, rozprzestrzeniającą się na większe obszary, odgraniczoną dokładnie anatomicznie i mającą materyjalną podstawę. Już dawniéj opisałem dwa takie przypadki [1]), mianowicie monoplegiję czucia w zakresie splotu ramieniowego u dziewczyny i utratę uczucia całéj odnogi dolnéj u mężczyzny. Dziś nadarza mi się sposobność opisania nieczulicy ściśle ograniczonéj twarzy, która co do najważniejszych znamion, co do anatomicznego ograniczenia się i co do materyjalnej podstawy tak zupełnie odpowiada wyż wspomnianym monoplegiom odnóg, że nazwę ją *monoplegia anaesthetica faciei*. Nie uważam za stosowne inną dać nazwę cierpieniu, które tu opiszę, już z tego powodu, że, o ile mi literatura porażeń n. troistego jest znana, dotąd nikt jeszcze nie obserwował przypadku niedowładu tylko czuciowych gałęzi obydwu nerwów troistych, przynajmniéj nikt czegoś podobnego nie opisał. Albowiem dotąd publikowane przypadki porażeń n. troistego były albo jednostronne, a wtedy porażone były tak czuciowa, jak i ruchowa część takowego, przyczem występowały jeszcze równocześnie porażenia innych nerwów mózgowych, tak szczególnie przy porażeniu połowiczem postępującem nerwów mózgowych, o którem dopiero niedawno miałem sposobność przypadek dokładniéj zbadać [2]). Albo gdzie porażenia nerwu troistego obustronnie wystąpiły, tam okazały się albo jako częściowe objawy ciężkich cierpień podstawowych, jak *tabes*, a wtenczas były zwykle tylko zaznaczone, w każdym razie nie rozprzestrzeniały się na wszystkie gałęzie n. troistego; albo nie były odosobnionemi porażeniami n. troistego, gdy były samoistnemi sprawami. I tak w przypadku porażenia obustronnego n. troistego opisanym przez Müllera [3]) były porażone nie tylko czuciowe, ale i ruchowe gałęzie. W innym przypadku [1]), opisanym przez tego samego autora, w którym tylko nerwy czuciowe były porażone, obok tego także inne zakresy nerwów czuciowych były zajęte, a mianowicie nerwy tyłogłowia, karku i odnóg górnych.

[1]) *Wiener medic. Blätter* 1887, Nr. 4 i 5. — *Wiener med. Presse* 1887, Nr. 85. — *Wiener med Wochenschrift* 1888, Nr. 14. — [2]) *Wiener med. Woch.* 1882, Nr. 2, 3 i 4.— *Medycyna* r. 1888. — [3]) *Archiv f. Psych. u. Nervenkrankh.* XIV. S. 263.

Przypadek leczony przez kolegę Dra Jeża w Stryju, a obserwowany przezemnie w lipcu r. 1889 był następujący.

Kapitan F. Z., liczący lat 51, z końcem r. 1870 służył jako oficer w Bośnii i w tym czasie był zmuszonym całe miesiące we dnie i w nocy przepędzić pod gołem niebem. Tam przyzwyczaił się podczas wielkich upałów polewać sobie często twarz zimną wodą. Te dwie okoliczności, mianowicie działanie długotrwałe wpływów atmosferycznych z jednéj strony, a z drugiéj zimne oblewania uważał za przyczynę swego cierpienia, które w następujący sposób opisuje.

1. Opis cierpienia przez chorego. Już przed czterema laty, szczególnie wyraźnie jednak dopiero na wiosnę roku 1888, wystąpiło w lewym kącie oka uczucie mrowienia, a później wyraźne swędzenie, które go zmuszało często wycierać sobie oko. Później to uczucie nieprzyjemne rozszerzyło się na lewą powierzchnię nosa i zwolna po upływie mniéj lub więcéj ¾ roku na oba oczy i obie powierzchnie szczęki górnéj. Zwłaszcza zima dała mu się bardzo we znaki. Zimno bowiem wywołało bardzo dolegliwy palący ból w całéj zajętéj twarzy tak, że chory w mroźnych dniach ważył się tylko wyjść na ulicę, jeśli sobie pierwéj pokrył twarz całą futrem. Około wiosny roku wyż wspomnianego rozszerzyła się choroba i na dalsze części twarzy. Rozszerzyła się ona na czoło i głowę pokrytą włosami aż do szczytu głowy i wreszcie w lecie r. 1889 zajęła także wargę górną lewą, dziąsła lewéj szczęki górnéj i lewą połowę podniebienia. Na samym końcu to dolegliwe swędzenie przeszło i na lewą połowę wargi dolnéj. A w nosie znowu już dawniéj miał uczucie, jak gdyby go kłuły i drażniły małe włoski. To skłoniło go do usunięcia wszystkich włosków z błony śluzowéj nosa, ale nie czuł żadnego polepszenia. Wreszcie wystąpiła wielka skłonność do nieżytów nosa i od czasu do czasu kichanie bardzo dolegliwe.

2. Badanie przedmiotowe. Chory na pozór nie przedstawia najmniejszego znaku jakiéjś sprawy patologicznéj. I skóra twarzy prócz szaro-brunatnéj cery nie okazuje nic niezwykłego. Jest to mężczyzna inteligentny, wesoły, który umie panować nad sobą, średniego wzrostu i silnéj budowy. Przy dokładniejszem badaniu nie można znaleźć u chorego nic innego, jak tylko cha-

[1]) *Ibidem.*

rakterystyczne zaburzenie czucia w twarzy. Badanie za pomocą igły okazuje, że czucie na twarzy jest bardzo znacznie zmniejszone, ba można nawet powiedzieć, że czucia nie ma. Chory na wszelkich obszarach twarzy nie czuł wcale ukłucia szpilką. Co najwięcéj zdawało mu się, że tylko powierzchownie się go dotyka tam, gdzie głęboko szpilkę wkłuto. Tak zachowywała się przedewszystkiem cała lewa połowa twarzy, a mianowicie począwszy od głowy pokrytéj włosami aż do brody. Dokładniejsze granice znieczulonego obszaru skóry były następujące:

Na głowie pokrytéj włosami ostra linia, która ciągnęła się nad lewą połową czoła mniéj lub więcéj przy tylnéj granicy kości czołowéj i prawie równolegle do granicy włosów. Z boku kończyła się nieczulica liniją, która rozpoczynając się od *tragus* ucha szła mniéj lub więcéj równolegle do brzegu szczęki dolnéj i od niej była oddzieloną wąskim, czulnym pasem. Na wewnątrz kończyła się nieczulica, jak to się szczególnie dobrze dało oznaczyć, na dolnym końcu grzbietu nosa, na wardze górnéj, dolnéj i na brodzie ostro w linii środkowéj twarzy. Prawa połowa twarzy była mniéj tak co do rozległości, jak i co do natężenia zajętą. Brak poczucia ukłucia szpilką był jedynie po stronie prawéj na skórze czoła i w okolicy oka. Na szczęce górnéj i na wardze górnéj czucie było tylko przytępione, a na wardze dolnéj już prawie prawidłowe. Co badanie za pomocą szpilki wykazało, dało się stwierdzić i za pomocą innych sposobów badania. I tak w miejscach bardziéj zajętych czucie bólu było bardzo upośledzone tak, że chory w miejscach tych z łatwością znosił najsilniejsze prądy elektryczne, prądy, których na miejscach zdrowych znieśćby nie można. Z utratą uczucia bólu znikła także utrata czucia różnych temperatur. Gdzie znikła percepcyja bólu, tam nie czuł chory ani zimna, ani ciepła. A w tym samym stosunku, w jakim w wyż oznaczonych okolicach twarzy uczucie bólu było lepsze, w tym samym i czucie ciepłoty mniéj było upośledzone. Prócz skóry twarzy i niektóre błony śluzowe głowy były zajęte sprawą chorobową. I tak obie spojówki nie były wrażliwe na zwykłe drażnienia. Tak samo okazało się, że znikło czucie bólu i temperatury w całéj lewéj połowie jamy ustnéj, na podniebieniu, języku, na dnie jamy ustnéj, a oprócz tego język stracił poczucie smaku. Innych zboczeń u chorego nie było. Zwracam na to poszczególnie uwagę, że źrenice dobrze oddziaływały na światło, oczy badane wziernikiem (Dr. Marcisiewicz) zupełnie były prawidłowe, aparat ruchowy i łzowy oka funkcyjonowały prawidłowo, połyk, prawa połowa języka i jamy ustnéj zupełnie były prawidłowe, wreszcie mięśnie żucia były nienaruszone.

3. Rozpoznanie.

1. Istota choroby. U naszego chorego zatem było bardzo znaczne, jeśli nie zupełne porażenie uczucia bólu i temperatury. Szczególną uwagę zwraca na siebie umiejscowienie tego cierpienia. Odpowiada ono dokładnie obszarom obu nn. troistych, szczegółowo obszarowi rozgałęzienia ich gałęzi czuciowych, podczas gdy włókna ruchowe i wydzielnicze tego nerwu prawidłowo funkcyję wykonywały. W szczególności istniała pareza w zakresie czuciowym wszystkich trzech gałęzi n. troistego lewego i pierwszéj i pewnéj części drugiéj gałęzi, gałęzi opatrującéj skórę, a nie gałęzi opatrujących błony śluzowe prawego n. troistego.

2. Siedlisko choroby. W jakiem miejscu swego przebiegu ucierpiały nerwy troiste? To jest dalsze pytanie, na które odpowiedzieć mamy. Jeśli objawy porażenne ze strony jakiegoś nerwu dokładnie odnoszą się do obwodowego anatomicznego przebiegu takowego, w takim razie przyczyna wywołująca to porażenie może znajdować się tylko w trzech miejscach, albo w obwodowych rozgałęzieniach nerwu, albo w jego pniu, albo w jądrze z komórek, z którego włókna tego nerwu biorą początek, krótko mówiąc w obwodowym aparacie tego nerwu. A można było zaraz wykluczyć każde cierpienie centralne u naszego chorego. Gdyż nie można było myśleć o siedlisku choroby w mózgu, ponieważ nie było najmniejszego znaku choroby mózgowéj u niego.

Gdzież więc było siedlisko choroby, czy w jądrach, czy w pniach nerwów, czy w gałęziach obwodowych obu nerwów troistych? Wiele okoliczności sprzeciwiało się przypuszczeniu, że siedlisko znajduje się w jądrach. Jak wiadomo, odchodzą gałęzie czuciowe n. troistych z każdéj strony z trzech jąder daleko od siebie położonych, w ciałku czworaczem, moście i rdzeniu szyjnym. Jak mogły właśnie te jądra być zajęte, a wszystkie w najbliższem otoczeniu leżące tak różne aparaty rdzenia przedłużonego oszczędzone? A gdzie z drugiéj strony należy przypuścić zajęcie jąder i korzeni n. troistych, jak czasem w *tabes* (Pierret, Westphal i inni), tam obraz zajęcia nerwów troistych jest zupełnie inny, jak w naszym przypadku, a mianowicie towarzyszą mu napady bólu i objawy ataksyi. Podobnie jak jądra nie mogły także i pnie nerwów być siedzibą choroby. Gdyż nietylko, że musielibyśmy przypuścić, że działały tu dwie sprawy dokładnie zlokalizowane do obu pni nerwowych, ale te sprawy musiałyby mieć jeszcze tą szczególną własność, że ograniczałyby się jedynie do części czulnych tych pni nerwowych, gdyż gałęzie ruchowe dopiero poniżéj *gangl. oticum* od gałęzi czuciowych r. III *trigemini* się oddzielają. Niepotrzeba na to dowodu, że ogniska chorobowe z takiemi własnościami istnieć nie mogą. Pozostaje nam zatem przypuścić, że siedliskiem choroby były tylko obwodowe rozgałęzienia nerwów troistych. Jeśli tak przypuścimy, to tem samem odrazu pewne właściwości téj dziwnéj choroby znajdą swoje dostateczne wytłómaczenie. I tak wyjaśnia się przyczyna, dla czego tak zwolna choroba rozszerzała się w obwodowym obszarze nerwów troistych i okoliczność, że choroba w zajętym obszarze oszczędziła pojedyncze gałęzie, mianowicie po stronie prawéj całą trzecią gałąź, a z drugiéj gałęzi włókna zaopatrujące błonę śluzową szczęki górnéj. Powoli wykluczać z funkcyi pojedyncze gałęzie pnia nerwowego może tylko taka sprawa, która z większych odległości przechodzi z włókna na włókno, a zatem rozprzestrzenia się w obszarze, w którym włókna nerwowe są już od siebie oddalone. A to następuje tem bardziej, im bardziéj nerw zbliża się do swych końcowych obwodowych gałązek, podczas gdy włókna nerwowe bliżéj pnia leżą blisko siebie, i dla tego przez szkodliwość, która zajmuje pień nerwu, nie mogą być inaczéj zajęte, jak równocześnie wszystkie razem.

Że sprawa chorobowa, która w obwodzie przechodzi z gałęzi na gałąź z łatwością może jedną lub drugą ominąć, jest tak łatwo zrozumiałem, jak fakt, że choroba, która zajęła pień nerwowy, trudno aby mogła oszczędzić pojedyncze części takowego. Za obwodowem siedliskiem choroby przemawiała jeszcze ta okoliczność, że przedewszystkiem skóra była siedliskiem choroby, podczas, gdy nerwy w głębi przebiegające niektórych obszarów, — mianowicie gałązki szczękowe i podniebienne drugiéj gałęzi prawego n. troistego i oba nerwy łzowe, — nie były zajęte. Fakt ten inaczéj wytłomaczyć się nie da, jak tylko w ten sposób, że przyczyny, które wywołały chorobę, były przyrody obwodowéj, i w ten sposób przedewszystkiem musiały zająć skórę z końcowemi gałązkami obu nerwów troistych. Nerwy schorzałe przeniosły następnie sprawę chorobową dośrodkowo na grubsze pnie, z któremi również te gałęzie ich musiały zostać zajęte, które rozgałęziały się w głębszych okolicach. W ten sposób się wyjaśnia, dla czego te części ich pozostały wolne od choroby, w których sprawa chorobowa nie była dość silną, aby w wyż wspomnianym kierunku się posuwać aż do większych pniów.

3. Natura sprawy chorobowéj. Co się tyczy natury procesu, który zajął w opisany sposób nerwy i uczynił je niezdolne do funkcyi, to według doświadczenia należy przypuścić, że to było zapalenie z następowym zanikiem nerwów, *neuritis et atrophia ascendens n. trigemini utriusque.*

Fizyjologia. Obok zajęcia klinicznego budzi nasz przypadek i interes fizyjologiczny. Przedewszystkiem zwracam uwagę na wielką wrażliwość znieczulonéj skóry na działanie zimna. Mamy tu zjawisko, które tem trudniéj jest zrozumiałem, o ile zimno przedewszystkiem działa na gałązki nerwowe kończące się w skórze, i o ile w naszym przypadku właśnie te aparaty końcowe nerwów troistych były schorzałe. Jakie organa pośredniczyły tu w drażnieniu zimna, jeśli zakończenia nerwów były chore, i na czem polegały wrażenia tego drażnienia, które zbyt silnie doszły do wyobraźni? Że uczucie bólu dla drażnień obwodowych może się powiększyć (*anaesthesia dolorosa*), gdy nerw pośredniczący dla tych drażnień jest w swym przebiegu obwodowym przecięty, mogłem wykazać przy innéj sposobności na wybitnym przypadku.[1]) Tutaj trzecia gałąź z powodu nerwobólu jéj została przeciętą. Ale język był po przecięciu *ramus lingualis* tak bardzo czuły na każde dotknięcie, że chory uważał stan nerwobólu za znośniejszy, aniżeli stan po operacyi. Czy może przebiega w nerwie troistym jakiś rodzaj nerwów tamujących czucie, nerwy, które w stosunkach prawidłowych łagodzą drażnienia czuciowe? Czy może istnieją dla każdego rodzaju czucia takie nerwy, gdyż u jednego chorego tylko zimno wywołuje ból w obszarze znieczulonym, u drugiego wywołuje ból dotknięcie lub ukłucie szpilką? A w jaki sposób to drażnienie przenosi się z obwodu do organów centralnych czuciowych, jeśli nerw jest chory lub nawet przecięty? To są pytania, które nasuwają się z wielką energią, pytania te jednak jeszcze długo prawdopodobnie zostaną bez odpowiedzi. Jeszcze nad dwoma objawami musimy się zastanowić, które nasz chory okazywał. Stan prawidłowy obu oczu, pomimo utraty czucia, i utrata smaku na przednich częściach lewéj połowy języka. Tamten przemawia za tem, że zaburzenia w czuciu nie wywołują zmian troficznych w oczach, gdy aparat ochronny ruchowy dobrze funkcyjonuje (hipoteza *Snellena*), a ta okazuje, że nerw troisty jest nerwem smakowym dla przednich części języka. Te wnioski zdają mi się tem więcej usprawiedliwione, o ile podobne spostrzeżenia miałem sposobność zrobić już w innym przypadku.[2]) W tym bowiem przypadku mogłem jeszcze szczegółowo wykazać, że językowi doprowadza nerwy smakowe z n. troistych *chorda tympani*, podczas gdy *ram. lingualis* jest wyłącznie nerwem pośredniczącym w bólu dla tego organu. Wyniki te odpowiadają wynikom, które otrzymał Schiff[3]) u psów. Temu badaczowi udało się tak przez przecięcie drugiéj gałęzi n. troistnego powyżéj *ganglion spheno-palatinum*, jak i przez zniszczenie n. twarzowego w kanale Fallopa zniszczyć poczucie smaku w przednich częściach języka, przez co udowodnił ścisłe stosunki n. troistego do poczucia smaku w przednich częściach języka, przebieg odpowiednich włókien z *ganglion spheno-palatinum* przez *n. petrosus superficialis minor* do *ganglion geniculi n. facialis*, następnie przez *chorda tympani* i *r. lingualis trigemini* do języka. To jednak nie sprzeciwia się temu, że w przypadkach wyjątkowych gałęzie *n. glosso pharyngeus* (*ganglion petrosum, plexus Jacobsonii, chorda tympani, n. lingualis V.*) pośredniczą w poczuciu smaku (teoryja Brückego), gdyż dopiero w nowszych czasach obserwowano przypadek jednostronnego porażenia n. troistego (Dana[1]), gdzie nie było zaburzenia w poczuciu smaku.

[1]) *Halbseitige fortschreitende Gehirnnervenlähmung. W. med. Wochenschrift.* — [2]) *Ibidem.* — [3]) *Revue medicale de la Suisse romande* 1887, Nr. 1.

Etijologija. Co się tyczy przyczyny opisanego tu cierpienia, nie pozostaje nam nic innego przypuścić, jak tylko momenta podane przez chorego. Skóra twarzy wystawiona na wpływy atmosferyczne i działanie polewań zimną wodą podczas upałów wywołały zapewne sprawy zapalne w nerwach przebiegających w skórze i wypociny do pochewek i w ten sposób *neuritis ascendens*. To przypuszczenie pewnych pytań nie tłomaczy. I tak nie daje nam wyjaśnienia, dlaczego właśnie n. troisty został zajęty chorobą, a nie nerw twarzowy, który się przecież znajdował w tych samych warunkach, co tamten.

Przebieg choroby. Co do dalszego przebiegu choroby niestety nie mogę nic pomyślnego donieść. Przez cały czas mojéj obserwacyi opierała się choroba wszelkim środkom, szczególnie także działaniu wszystkich prądów elektrycznych. O ile wnieść mogę z łaskawie udzielonéj mi wiadomości obecnego ordynaryjusza p. Dra Jeża (Stryj), sprawa rozszerzyła się i na trzecią gałąź n. troistego prawego.

II. Z pracowni prosektoryjum szpit. powszechnego we Lwowie.

Przyczynki do kazuistyki „Porencephalii."

Podał

Prof. Dr. Longin Feigel,

Prosektor szpitala powszechnego lwowskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Czwarty okaz, którego rycinę również załączamy, a który różni się wybitnie rozległością i ciężkością zmian znalezionych od poprzednio opisanych przypadków, pochodzi ze sekcyi noworodka płci żeńskiéj, urodzonego w klinice położniczéj Wgo W. prof. Dra Czyżewicza, dn. 11go listopada r. 1889 z 14-letniéj matki wyznania mojżeszowego, a zmarłego w 10 minut po porodzie wśród objawów zamartwicy (*asphyxia*).

Obdukcyja zwłok, wykonana dnia 12-go listopada 1889 r. wykazała: *Defectus cystiformis hemispherae utriusque cerebri, arachnoidea occlusus—Porencephalia.*" Dziecko było płci żeńskiéj, 51 ctm. długie, prawidłowo wykształcone i zbudowane. Czaszka duża, mocno wysklepiona; obwód czaszki 36 ctm.; wymiar prosty 11 ctm.; poprzeczny 9·5 ctm.; ukośny długi 14 ctm.; szerokość barków 12·5 ctm.; oczy ciemne, prawidłowo wykształcone. Pępowina świeża, prawidłowo podwiązana.

W tkance podskórnéj czaszki w okolicy szczytu, ku tyłogłowiu, widać świeżą wybroczynę krwi i galaretowaty obrzęk tkanek, w rozległości małéj dłoni. Kości sklepienia czaszki prawidłowo zbudowane; ciemiączko nieco większe, niż zazwyczaj. Podczas otwarcia jamy czaszkowéj wylewa się z jamy czaszki obfita ilość płynu surowiczego, żywo krwawo zabarwionego. Po odjęciu sklepienia czaszki widać opony mózgowe twarde prawidłowo zbudowane, do kości przyrośnięte; zatoka sierpowata prawidłowo wykształcona. Uderza jednakże natychmiast zupełny brak obu półkul mózgowych. Mianowicie widać na podstawie czaszki oba ciała prążkowane (*corpora*

[1]) *Journ. of nerv. and ment. diseases* 1886, p. 65.



Fig. II.

striata) jako guzy kształtu jajowatego, a raczéj gruszkowatego, z przodu grube, ku tyłowi znacznie cieńsze, 2·8 ctm. długie, a 1·5 ctm. szerokie, z których lewy sięga nieco bardziéj ku przodowi, niż prawy, nieco krótszy. Pomiędzy guzami temi widać szparę podłużną, 0·2 ctm. szeroką i dość głęboką, od przodu ku tyłowi równolegle szeroką. Ku przodowi odchodzą, pokryte błonami miękkiemi, dobrze utrzymane pasma nerwów węchowych (*tractus olfactorii*); z tyłu zaś, tuż za opisanemi guzami, widać czerwono wskutek wypełnienia krwią zabarwione sploty naczyniowe (*plexus chorioidei*), jako utkanie gąbczaste, ciemno-czerwone, które otacza nadto i od boków tylne, zbiegające się cienkie końce ciał prążkowanych. Na zewnątrz od tychże splotów, obejmując takowe, jako też i tylne końce ciał prążkowanych, zaczynają się 2 podłużne wałki istoty mózgowéj pokryte podobnie, jak ciała prążkowane, zgrubiałą wyściółką, które łukowato przebiegają ku środkowi czaszki i ku tyłowi i gubią się nad móżdżkiem w oponie pajęczéj. Ciała te, przedstawiające tylne rogi komór mózgowych, rozdzielone są zatem od ciał prążkowanych opisanemi splotami naczyniowemi. Ciała czworacze (*corpora quadrigemina*), guzy wzrokowe (*thalami optici*), przegroda komór (*septum ventriculorum*) i dalsze części podstawy mózgu brakują zupełnie. Namiot móżdżku (*tentorium cerebelli*) prawidłowo zbudowane, a pod nim widać prawidłowo zbudowany i wielki móżdżek, jako też odchodzący ku dołowi rdzeń przedłużony, podczas gdy most Varola zupełnie brakuje. Pajęczówka (*arachnoidea*) bardzo cieniutka i dlatego podczas otwierania czaszki licznie poprzedzierana, leży pofałdowana na oponie twardéj i utrzymanych częściach mózgu podstawowych, stanowi jednakże zamknięty jednostajny worek, przylegający do opon twardych, a wypełniony opisanym płynem surowiczym, bez wszelkich przegród, listew i t. p. W okolicy skroniowéj prawéj widzimy do opon miękkich przyczepiony kawałeczek istoty korowéj mózgu, rozległości pół centa, grubości do 0·3 ctm., jako pozostałość po półkuli mózgowéj prawéj; zresztą widać tu i owdzie na wewnętrznéj powierzchni pajęczówki drobne niteczki, jako też ślady ceglastego barwiku, którym opona ta jest jakby przyprószona. Opona naczyniowa (*pia mater*) zanikła tak, że nigdzie śladu jéj odnaleźć nie można. Wypukłość sklepienia czaszki na boki jest z lewéj strony o blisko 1 ctm. szerszą, niż z prawéj strony. Podobnąż asymetryję wykazują i jamy u podstawy czaszki, mianowicie jama skroniowa (średnia) z lewéj strony jest 5 ctm. szeroką, podczas gdy z prawéj strony wykazuje 4 ctm. szerokości; nadto zaś lewa jama skroniowa jest ku przodowi o 1 ctm. dłuższą i wykazuje tu wymiar 4 ctm., podczas gdy z prawéj strony tylko 3 ctm.; przyczyną téj nierówności jest położenie tylnego brzegu kości klinowéj lewéj o 1 ctm. bardziéj ku przodowi czaszki, niż ze strony prawéj. Kości twarzy nie wykazują żadnego zboczenia.

Oba płuca są przytem doskonale powietrzem rozdęte, poduszkowato miękkie, jasno-różowe, marmurkowane. Na przekroju wydzielają one za uciskiem obfitą, drobnopienistą ciecz surowiczą; pływają też tak w całości, jak pocięte w najdrobniejsze kawałeczki na powierzchni wody. Żołądek i jelita cienkie również wypełnione są powietrzem; kiszki grube zaś ciemno zielonkowatą smołką.

B a d a n i e d r o b n o w i d o w e kawałeczka istoty mózgowéj, przyczepionéj do opon miękkich z prawéj strony czaszki, wykazuje po rozstrzępieniu igiełkami: komórki nerwowe i włókna nerwowe mocno ziarniste i stłuszczone, oraz drobnoziarnistą istotę rozpadową w okrągłych drobinach, obok bryłek i blaszek pomarańczowego barwika.

P i ą t y o k a z wreszcie, okazujący najcięższy stopień opisanego zboczenia, dotychczas znany, pochodzi ze zwłok noworodka płci żeńskiéj, córki M a r y j a n n y K., zmarłéj w 24 godzin po urodzeniu, w klinice Wgo JP. prof. Dra Czyżewicza, z rozpoznaniem klinicznem, „*Atelectasis pulmonum.*“

O b d u k c y j a z w ł o k, wykonana dnia 22 marca 1884 r. wykazała następujące szczegóły: „*Defectus cystiformis totius hemispherae majoris cerebri utriusque et gangliorum basilarium centralium cerebri, cum pedunculis cerebri et ponte Varoli — meninge arachnoidea occlusus et liquore seroso impletus—Porencephalia. Cerebellum et medulla oblongata intacta. Atelectasis pulmonum.*“

Ciało noworodka ze wszelkiemi cechami zupełnego rozwoju. Długość ciała 49 ctm., obwód główki 35 ctm.; wymiar prosty 11 ctm.; poprzeczny 9 ctm.; szerokość barków 12 ctm. Po zdjęciu skóry czaszki i przepiłowaniu kości wylewa się z jamy czaszkowej obfita ilość czystéj cieczy surowiczej. Po odjęciu sklepienia czaszki wraz z oponą twardą, prawidłowo wykształconą i do kości przyrośniętą, pozostaje w jamie czaszkowéj tylko jednokomorowy pęcherz, po części już wypróżniony z płynu i z tego powodu zapadnięty i pomarszczony. Po ostrożnem otwarciu pęcherza tego widać, że obie półkule mózgowe, środkowe zwoje mózgowe podstawowe, pasma węchowe, wyspa i ciała czworacze brakują zupełnie, jamę czaszki wypełnia zaś tylko czysty płyn surowiczy, zamknięty w jednokomorowym pęcherzu, utworzonym z pajęczówki; w miejscu tylnych rogów komór mózgowych widzimy tylko dwa guzki wielkości fasoli, utworzone z utkania nitkowatego, pajęczynowatego, barwikiem złożonym w takowe pomarańczowo-żółto zabarwionego, które przedstawia pozostałości splotów naczyniowych komórkowych (*plexus arachnoidei*). Z tyłu po za temi guzkami i pod pajęczówką widzimy prawidłowo zbudowany namiot móżdżku (*tentorium cerebelli*), pod nim zaś prawidłowéj wielkości i budowy móżdżek, jako też rdzeń przedłużony, podczas gdy most Varola zupełnie brakuje. Strona zewnętrzna pajęczówki, tworzącéj opisany pęcherz, wypełniony płynem surowiczym, jest zupełnie gładka i okazuje dość gęstą sieć nastrzykanych naczyń; ściana wewnętrzna natomiast jest miejscami gładka, miejscami zaś powleczona jest cieniutką, delikatną błoneczką lekko strzępiastą i wsku-

tek złożonych w niéj złogów barwikowych tu i owdzie pomarańczowo-żółto zabarwioną; nadto zaś występują w ścianach opisanego worka łukowate linije, przypominające rysunkiem swym przebieg zwojów mózgowych; nie widzimy zaś żadnych przegród, przedziałek, listew itp. w owym pęcherzu. Nerwy wychodzące z jamy czaszki, o ile to dostrzedz można, są prawidłowo umiejscowione i zbudowane.

Oba płuca były powietrzem dokładnie wypełnione, gąbczaste, puchowate, marmurkowane, blado-różowe, w tylnych dolnych częściach zaś sinawe. Na przekroju wszędzie trzeszczą i wydzielają obfity płyn drobnopienisty. Żołądek i jelita również powietrzem wypełnione. Budowa innych organów bez widocznych zmian patologicznych.

Pomimo ogromnéj różnicy, jaką pojedyncze opisane przez nas przypadki, porównane ze sobą, przedstawiają, widzimy we wszystkich utrzymane znamię charakterystyczne dla t. zw. porencefalii, polegające na zupełnym braku pewnéj części wypukłości półkuli mózgowéj wielkiéj, obejmującym zawsze tak zwany płaszcz mózgowy, chociaż w jednych przypadkach brak zaledwie cząstki istoty korowéj i małéj cząstki istoty białéj, w innych zaś przypadkach brak zajmuje prawie całą grubość półkuli mózgowéj, aż do wyściółki komórek mózgowych, która albo jest jeszcze utrzymaną, lub też, jak w naszym drugim i trzecim przypadku, jest na pewnéj przestrzeni zniszczoną tak, że brak w półkuli mózgowéj łączy się (komunikuje) z komorami mózgowemi. Nigdy natomiast ograniczony taki brak nie dotyczy wyłącznie istoty białéj mózgu i nie ogranicza się do takowéj, podobnie, jak nie spostrzegano dotychczas nigdy, ażeby braki podobne występowały od strony wewnętrznéj, od strony przegrody półkul mózgowych, co się też i na naszych trzech pierwszych przypadkach stwierdza. W innych przypadkach, jak to widzimy na naszych dwóch ostatnich przypadkach, które stanowią osobną kategoryję pomiędzy przypadkami, nazwanemi wspólnem mianem porencefalii, brak dotyczy istoty całéj, lub obu półkul mózgowych tak, że tylko podstawowe zwoje są utrzymane; lub też wreszcie, jak to widać w naszym piątym przypadku, brakuje nie tylko obu półkul mózgowych, lecz i zwojów podstawowych, wyspy, ciała czworaczego i mostu Varola tak, że tylko móżdżek jest utrzymany. Przypadki tego ostatniego rodzaju stanowią już przejście do t. zw. anencefalii częściowéj; z powodu jednakże wspólnéj wszystkim znanym przypadkom porencefalii przyczyny powstania, polegającéj, jak to zobaczymy, nie na braku rozwoju, lecz na innych sprawach chorobowych, zaliczamy i tak rozległe braki do t. zw. porencefalii. Nadmienić winienem, iż przypadki ostatniego rodzaju są z pomiędzy wszystkich postaci porencefalii najrzadszemi, o ile mi bowiem wiadomo, dotychczas opisanych zostało tylko 5 podobnych przypadków do naszego 4-go przypadku, a to: 1 przypadek przez Heschla, 2 przez Cruveilhiera, 1 przez Kundrata i 1 przez Klebsa, w których to wszystkich przypadkach były części podstawowe mózgu, zwlaszcza zaś ciała prążkowane i guzy wzrokowe utrzymane; przypadek zaś podobny, jak nasz 5-ty okaz, w którym i te części mózgu wciągnięte zostały w zanik i zupełny ich brak, o ile mi wiadomo, dotychczas wcale nie został opisanym.

Braki porencefaliczne c z ę ś c i o w e, podobne do braków opisanych w naszych trzech pierwszych przypadkach, wytworzyć się mogą, jak to badania wykazały, bądź w czasie życia płodowego, są więc w r o d z o n e, lub też wytwarzają się dopiero po urodzeniu, w ciągu życia, są więc wtedy n a b y t e; natomiast braki tak rozległe, jak w naszym przypadku 4-tym i 5-tym, mogą wytworzyć się jedynie w czasie życia płodowego już z téj prostéj przyczyny, ponieważ życie pozapłodowe nie mogłoby istnieć, zanim podobne zmiany by się wyrobiły i zakończyły, podczas gdy dla życia i rozwoju płodu brak mózgu jest bardziéj obojętnym i może on, jak doświadczenie poucza, wykształcić się zresztą zupełnie prawidłowo, pomimo braku zupełnego nawet całego mózgowia.

W przypadkach pierwszego rodzaju różnica wrodzonych takich braków, od nabytych w ciągu życia, polega wedle Kundrata głównie na ułożeniu zwojów mózgowych w najbliższem otoczeniu i na bocznych ścianach istniejącego braku: mianowicie widzimy we wszystkich wrodzonych przypadkach, tak jak w naszym 2-gim i 3-cim przypadku, iż zwoje mózgowe zbiegają się ku brzegom istniejącego braku wachlarzowato, czyli gwiazdkowato, zaginają się na samym brzegu nagle ku jamie saméj i przebiegają daléj zbieżnie ku głębi otworu, tworząc w ten sposób boczne ściany lejkowatego otworu. Pokryte one są w całym swym przebiegu oponą mózgową naczyniową (*pia mater*) tak daleko, jak daleko sięga istota szara; w przypadkach zaś komunikacyi istniejącego braku z komórkami mózgowemi naczyniówka dochodzi aż do wyściółki komór (*ependyma*), gdzie kończy się bliznowatym wąskim rąbkiem; pajęczówka (*arachnoidea*) zaś rozpiętą bywa w postaci przepony leżącéj w poziomie powierzchni półkul mózgowych nad otworem braku, lub też kończy się wyraźnym rąbkiem około brzegów otworu. Ułożenie takie zwojów rzadko tylko i tylko w nieznacznym stopniu widzimy w przypadkach nabytych tego rodzaju; zwykle zaś zwoje mózgowe przebiegają w tych ostatnich przypadkach około otworu istniejącego w sposób zupełnie prawidłowy, jak to widać w naszym 1-szym przypadku, lub są tylko o tyle zmienione, że są nieco ze swego położenia wyparte i ścieńczałe; na samym brzegu otworu kończą się one nagle, jakby były ucięte i tworzą na samym brzegu otworu rąbek nieco wystający ku jamie, cienki i bliznowaty, na którym kończy się i naczyniówka, podczas gdy boczne ściany braku tworzy tylko istota biała, zwykle powleczona błoną wrzekomą z tkanki łącznéj, obfitującéj w naczynia i często pigmentowaną, która wejrzeniem podobna jest do naczyniówki. Szczegół ten rozpoznawczy jest tak stałym, iż w każdym przypadku zdołamy po nim rozróżnić przypadki tego rodzaju nabyte (jak nasz 1-szy przypadek) od przypadków wrodzonych (jak nasz 2-gi i 3-ci przypadek).

Ważnem jest w przypadkach tego rodzaju pytanie, do jakich spraw chorobowych odnieść powstanie opisanych braków? Według Kundrata przypadki braków takich nabyte w ciągu życia polegają na rozmaitych postaciach zapalenia istoty mózgowéj (*encephalitis*); sprawy te chorobowe podobne są do przypadków rozmiękczenia, jakie napotykamy u starszych osób w rozmaitych częściach mózgu, tak w istocie korowéj, jak w istocie białéj, najczęściéj w małych ogniskach, czasami jednak rozpostarte i na całą jedną półkulę mózgową. Ważną jednak jest okoliczność, iż najczęściéj nie mamy w przypadkach takich do czynienia z zatkaniem naczyń, zatorem lub zakrzepicą (*embolia* lub *thrombosis*), lecz tylko ze zwężeniem światła naczyniowego wskutek zapalenia lub stwardnienia ścian naczyniowych (*arteriosclerosis*), obok osłabienia czynności serca, które współdziałając prowadzą do coraz to bardziéj niedostatecznego odżywienia, wreszcie zaś do obumarcia i rozpadu istoty nerwowéj. (C. d. n.)

III. Z kliniki prywatnéj chorób kobiecych A. Martina w Berlinie.

Sródbłoniak jajnika.

Skreślił
Dr. J. Pomorski
asystent kliniki A. Martina.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2.)

Eckardt [1]) zestawia pięć śródbłoniaków jajnika, znanych w literaturze i dodaje jeden nowy przypadek.

Stały, eliptyczny guz lewego jajnika ma dwie wypukłości. Jedna z nich, wielkości pięści dwuletniego dziecka, odłączona rowkiem łączno-tkankowym od całości, jest skórzakiem, mieszczącym w sobie włosy, zęby; druga wypukłość, o wiele mniejsza, okazuje na przekroju sinożółtą istotę móżdżkową. Całość zaś nowotworu ma układ nieregularnéj, rozpadłéj siatki, w któréj znajdują się małe i wielkie przestwory torbielowe. Ostatnie zawierają prawie wszędzie jeszcze płynną, ciemną krew. Na obwodzie nowotworu występują guzy i smugi tej saméj istoty ciemnożółtej, jaką zawiera wypukłosć.

Drobnowid wykazał gruczołowate, pałeczkowate i okrągłe, oczkowate przestwory, zapchane komórkami, i prawie siatkowate podścielisko z naczyń włosowatych albo z wielkich jam krwistych, w których znajdują się jeszcze bardzo dobrze zachowane, albo też już zniszczone ciałka krwi, albo też tylko skrzepy włóknikowe. Z naczyń więc włosowatych wychodzi początek rozwoju nowotworu, ich bowiem śródbłonek buja na zewnątrz a przedewszystkiem na wewnątrz. Bujaniny te zapełniają światło naczyń włosowatych, a rozszerzając je pałeczkowato albo lejkowato, przemieniają je na przestwory krwiste, w których rozróżniać można w środku osiowy sznurek z ciałek, a nad brzegiem worek gruczołowaty z grubego pokładu komórek.

W drugim jajniku zawierają kolumny komórkowe w środku zawsze przestwór, krwią zapełniony i nie odgraniczają się żadnym śródbłonkiem od sąsiedniego, łącznotkankowego podścieliska. We wielkim guzie znajdowała się także szklista granica pomiędzy łączno-tkankowem podścieliskiem a kolumnami komórkowemi.

Po dokładnem i jasnem przedstawieniu Eckardta musimy teraz przyznać, iż oprócz śródbłoniaków szczelin limfatycznych, jakie spostrzegali w jajniku Leopold, Marchand i Fleischlen, zdarzają się także śródbłoniaki naczyń włosowatych, dlatego też podział jego na „*Endothelioma lymphaticum*“ i „*Endothelioma intravasculare*“ uważamy za bardzo udatny.

Z własnego doświadczenia przytaczam jeden przypadek, który zaliczać trzeba do rodzaju nowotworów, opisanych przez wyżéj wymienionych badaczy. Nowotwór ten wydobył przez laparotomię czcigodny mój szef A. Martin i oddał mi go łaskawie do anatomicznego zbadania.

Wywiady. Pacyjentka 49-letnia narzekała od dłuższego czasu na boleści w prawym boku. Cierpienia wzmogły się w ostatnich czasach tak bardzo, iż pacyjentka musiała szukać pomocy w zakładzie Martina, straciwszy na wadze przeszło 20 funtów. Miesiączkę miała od 16-go roku regularną, nawet obfitą, przez 3 do 6 dni i bez wszelkich bólów.

Ostatnia miesiączka nastąpiła przed pięciu kwartałami. Pacyjentka rodziła cztery razy, nie poroniła nigdy. Połóg odbywał się zawsze prawidłowo. W ostatnim czasie brak apetytu i zatwardzenie. Mocz odchodzi bez boleści.

Stan obecny: Dosyć zwiędła, gorączkująca pacyjentka, źle ożywiona z zanikiem tłuszczu podskórnego. Pochwa szeroka, luźna. Macica mała, wyprostowana, na lewą stronę miednicy wyparta, leży w tyle na kości krzyżowéj. Po prawéj stronie macicy leży guz wielkości głowy dziecięcia, silnie naprężony o gładkiéj powierzchni. Tylko u góry można namacać nieregularne twarde, wystające wyniosłości. Nowotwór ten zajmuje prawie całą prawą stronę miednicy małéj, daje się wprawdzie bardzo mało poruszać, ale za to można go zupełnie odłączyć od macicy.

Przez wziernik widać normalną szyjkę i normalną błonę śluzową pochwy.

Rozpoznanie Nowotwór prawego jajnika. 15/1 89. Laparotomia. *Ovariotomia dextra.*

Po przecięciu ściany brzusznéj w linii białéj przedstawia nam się narośl wielkości głowy dziecka, okryta zupełnie siecią wielką, która po części tworzy silne zrosty, a przedewszystkiem w dolnych częściach guza. Najpierw rozrywa się zrosty, albo podwiązuje je w małych partyjach. Przytem pęka narośl w jednem małem miejscu, a z niej wylewa się płyn żółty, niezmiernie cuchnący, krzepnący zaraz z powodu oziębienia (tłuszcz). Przekłuwając narośl troakarem Potaina wydostawa się z nowotworu bardzo małą tylko ilość płynu. Przystępuje się więc do tępego odłączenia narośli od zrostów, a przedewszystkiem od licznych zrostów z jelitami. Udaje się to macipulacyją, lubo z wielu trudnościami, przytem bowiem pęka nowotwór w kilku innych miejscach. Wreszcie podwięzuje się szypułkę narośli w bliskości prawego więzu szerokiego i odcina się ją przy szypułce.

Przy dokładnem rozpatrzeniu się na polu operacyjnem pokazuje się, że nowotwór jest złośliwie zwyrodniały w miejscu zrostów z jelitami i że kiszka cienka pękła przy wyłuszczaniu w objętości mniéj lub więcéj jednéj marki. Z otworu tego występuje naturalnie zaraz kał. Otwór zaszywa się w dwóch miejscach katgutem, a inne miejsca przedarcia błony surowiczéj kiszki cienkiéj szwem kuśnierskim. Niektóre krwawiące jeszcze miejsca dotyka się gąbką zamaczaną w olejku terpentynowym, poczem krwawienie zupełnie ustaje. Następuje dokładne oczyszczenie jamy brzusznéj i wtłoczenie kiszek w jamę brzuszną (*reinventratio*), ponieważ takowe podczas operacyi z jamy wypadły. Usuwa się jeszcze po pierwotnem podwiązaniu kawałek sieci, w któréj znajduje się twarde, nasiąknięte miejsce, a potem zamyka się ścianę brzuszną. Pasemka zrostowe w okolicy głębi pęcherza wszywa się w dolny kąt rany brzusznéj. Opatrunek z gazy jodoformowéj i waty. Operacya trwała 35 minut.

Pacyjentka umarła w trzecim dniu po operacyi wskutek ropnego zapalenia otrzewny. Sekcyja wykazała wielką jamę po za dolnym kątem rany brzusznéj, odgraniczoną kilku zlepionemi pętlicami trzew od reszty otrzewny, zajmującą całe pole operacyjne i napełnioną śmierdzącą, z krwią zmięszaną ropą. Zeszyte rany kiszek są dobrze zlepione, ale naokoło pokryte grubym pokładem ropno-włóknikowym. Miąższowe zapalenie (zmącenie) wszystkich innych narządów. Obustronne wodniste rozszerzenie nerek (*Hydronephrosis*). Opuchnięcie lekkie gruczołów chłonnych, leżących po za otrzewną.

Rozpatrując się dokładnie w narośli, któréj charakter złośliwy rozpoznaliśmy już podczas operacyi, przychodzimy do następnego rezultatu: Guz wielkości głowy dziecka o średnicy 15 cm., naprężony, kulisty, nie posiada żadnéj otoczki otrzewnowéj, ma zresztą gładką i w niektórych tylko miejscach włóknikowemi płatami okrytą powierzchnię. Ściana składa się we większéj części z tkanki łącznéj u podstawy tylko narośli; w obwodzie dłoni mężczyzny jest twarda zgrubiałość, z powodu czego podstawa narośli wygląda guzowato i wypukle. Część tylnéj ściany, gdzie były zrosty z jelitami i gdzie nastąpiło naddarcie narośli, pokryta jest gąbczastemi brodawkowatemi bujaninami, cała podstawa jest rozszarpana z powodu zrostów, tkanina jest miękka, krucha i jakoby spróchniała. Na lewéj stronie wiszą jeszcze szczątki odciętego więzu szerokiego z małym kawałkiem jajowodu. Na przekroju widzimy okrągłą ścianę grubości 8 mm., w miejscu zaś stwardnienia grubości 1 ½ centymetra, ostatnia część stanowi prawdopodobnie szczątki zwyrodniałego jajnika.

Ze zawartości narośli wiele już ubyło przy operacyi w kształcie tłustéj, kaszowatéj, brudnéj, żółtawéj masy, ścinającéj się w zimnie; pozostała jeszcze w jamie nowotworu bryła wielkości jaja gęsiego, utworzona ze zlepionego tłuszczu z włosami. Wewnętrzna ściana narośli jest chropowata, szorstka, rozszarpana.

Cała ściana składa się makroskopijnie z trzech łącznotkankowych blaszek, które zamykają skórzaka (*Dermoid*)

[1]) *Über endotheliale Eierstocktumoren. Z. f. G. u. Gyn.* XVI 2 *Heft.*

tworząc niby otoczkę dla niego. Blaszki powstały zaś prawdopodobnie z przerośniętéj białéj otoczki jajnika (*ex hyperplasia albugineae*). Wewnętrzna blaszka, jako najwęższa warstwa, o wejrzeniu żółtawo-szarem, ze żółtéj, przeplatającéj się nawzajem tkanki łącznéj, odgranicza dobrze jeszcze zachowaną otoczkę od gnijącéj już stłuszczonéj treści wewnętrznéj.

Gdy jednak w największéj części obwodu wszystkie trzy warstwy otoczki przebiegają współśrodkowo, wnika u podstawy pomiędzy zewnętrzną a wewnętrzną warstwą nowa, miękka, móżdżkowa, biało-sina istota, która tkankę łączną w ten sposób przerasta, iż powstają w ostatniéj guzy i pręgi mniejszych lub większych rozmiarów i wytwarzają układ oczkowaty. Wielkie bowiem pasma włókienkowe, które wychodzą z blaszki zewnętrznéj, gdzie ułożone były we wiązki włókienek równoległe i bezkomórkowe, a dążą do blaszki średniéj, rozwłókniają się z powodu przerostu nowéj móżdżkowéj masy i wytwarzają nowe siatkowate podścielisko dla okrągłych, kolankowych, torebkowych oczek. Miejscowo idą włókna wprost promienisto ku środkowi nowotworu; tu łączą się pomiędzy sobą i pozostawiają pomiędzy promieniami owalne i podłużnowate, delikatne szczeliny. Z całego utkania można wycisnąć miękki, gęstawy sok. Ta żółto-biaława masa móżdżkowa, zawarta w szparach guzowatości u podstawy nowotworu, ciągnie się daléj wśród środkowéj blaszki otoczki w kształcie delikatnych smug i torebek. Z powodu tego też posiada średnia warstwa otoczki delikatne, łącznotkankowe, spilśniające się siatkowate podścielisko, z którego oczek, równie jak z guzów na podstawie wycisnąć się daje kaszowata, żółta i żółtawo-czerwona, miękka masa. Nigdzie jednak nie znalazłem w tej części, którą uważam za resztkę jajnika, ani pęcherzyków (*folliculi*) ani ciałek żółtych, ani innego zresztą śladu jajnika.

Badanie drobnowidowe wybujałości brodawkowatych na powierzchni i w częściach miękkich nowotworu wykazało utkanie składające się z oczkowatych przetworów, zapełnionych komórkami, pośród drobnego, delikatnie prążkowanego łączno-tkankowego podścieliska. Komórki były wielkie, okrągłe, maczugowate, także podobne do cylindrycznych, jednem słowem różno-kształtne, z szeroką przejrzystą protoplazmą i dobrze odróżniającém się ziarnistem jądrem. Niektóre były zlepione ze sobą, tak iż granic pojedynczych komórek rozróżnić nie było można. Oprócz tego pływały na polu obserwacyjnem resztki komórek, to znowu wrzecionka, a nawet całe wiązki włókienek równolegle do siebie ułożonych. (C. d. n.)

IV. Dermoplastyczna amputacyja stopy

podał
Dr. Józef Bogdanik,
prymaryjusz szpitala powszechnego w Biały.

W przypadkach wrzodów podudzia, znaczną zajmujących przestrzeń, sięgających głęboko, na około których modzelowato zgrubiała skóra niemal całe podudzie zajmuje, nie pozostawał inny ratunek jak amputacyja podudzia. Keetley pierwszy 1885 r. w jednym z takich przypadków dokonał modyfikowanéj amputacyi Symego w ten sposób, że ostrą łyżeczką Volkmannowską odświeżony wrzód po odpiłowaniu kostek kości pod. dzia i wyłuszczeniu kości stopy pokrył zupełnie płatem wziętym z podeszwy, nie zeszywając brzegów rany, a chory w 6 tygodni po operacyi zaczął chodzić (*The Lancet* 1885 28/10 987); Barącz w roku 1886 w szpitalu powszechnym we Lwowie w podobny sposób amputował z tą różnicą, że płat również z podeszwy wzięty do brzegów wrzodu przyszył; w cztery dni późniéj atoli musiał podudzie amputować wskutek zgorzeli całego płatu (*Przegląd Lekarski* 1887 Nr. 6).

Modyfikacyją téj amputacyi nazwać można przez Rydygiera tak nazwaną osteodermoplastyczną amputacyję stopy, którą z pomyślnym skutkiem wykonał w roku 1888. Modyfikacyja na tem polega, że zamiast amputacyi Symego dokonał resekcyi Pirogowa i również płatem z podeszwy wziętym pokrył odświeżone dno wrzodu i brzegi rany zeszył. (*Przegl. Lek.*, 1888 Nr. 26). Nie wiadomo mi, jak długo trwał czas leczenia, sposób ten w przypadkach ku temu przydatnych zasługuje jednak na pierwszeństwo ze względu na mniejsze skrócenie kończyny i mniejsze niebezpieczeństwo obumarcia płatu podeszwowego.

Przy nadarzającéj się sposobności chciałem pójść za przykładem Rydygiera, ze względu na odmienne stosunki atoli poszedłem jeszcze daléj, przez co uratowałem kończynę dolną w całéj długości.

J. P. robotnik z fabryki sukna w Bielsku, rodem z Jaworza na Szląsku austryjackim, liczący lat 35 zgłosił się d. 17/9 1888 r. do szpitala powszechnego w Biały z wrzodami podudzia, prosząc o amputacyję, tak samo jak chory Keetleya, bo był niezdolnym do pracy i cierpiał na znaczne bóle. Skóra na całem niemal podudziu prawem modzelowato zgrubiała wysoko sterczy na około brzegów wrzodów i tworzy twardy wał okalający brzeg stopy. Po zewnętrznéj stronie stopy jest nieco skośnie ku dołowi i naprzód przebiegający wrzód na 3 cm. powyżéj podeszwy i sięgający 15 cm. ku górze, zaś po stronie wewnętrznéj jest wrzód około 10 cm. długi. Oba wrzody na przedniéj powierzchni podudzia niemal się schodzą, a w okolicy ścięgna Achillesowego pozostaje 5 cm. szeroki pas zgrubiałéj skóry.

W dniu 19/9 1888 r. dokonałem dermoplastycznéj amputacyi przy pomocy kolegów Kupki, Senfta i Tauba. W głębokiéj narkozie założyłem pasek Esmarchowski, okoliłem wrzody głębokiemi cięciami i odświeżyłem dna wrzodów. Cięcia zeszły się z przodu mniéj lub więcéj w środku po nad stawem skokowym. Od tego punktu przedłużyłem następnie cięcie przez całą grubość skóry w prostéj linii przez grzbiet stopy ku zewnętrznéj powierzchni palca drugiego (między drugim a trzecim palcem). Teraz wyłuszczyłem ze skóry mięśnie i kości stopy, dokonawszy enukleacyi w stawie Chopartowskim i to tak, że cała skóra stopę i palce pokrywająca pozostała w związku z skórą podudzia wąziutkim paseczkiem po nad ścięgnem Achillesa. Przekonawszy się teraz, że skóra jeszcze nie wystarczy na pokrycie całego ubytku, odciąłem piłką część kości skokowéj i piętowéj (*talus* i *calcaneus*). Po zwolnieniu paska Esmarchowskiego podwiązałem tryskające naczynia, przyczem zarumienił się cały płat, oczyściłem całą powierzchnię ranną $^1/_2$ $^0/_{00}$ rozczynem sublimatu, przyprószyłem z lekka jodoformem, a potem pokryłem dno wrzodu, o ile się dało, płatem skórnym z podeszwy, grzbietu stopy i palców. Mniejszy wrzód po stronie wewnętrznéj dał się omal zupełnie pokryć, z wrzodem po zewnętrznéj stronie została około 5 cm. długa płaszczyzna nie pokryta skórą. Brzegi płatu przyszyłem katgutem chromowym do brzegów wrzodów, pozostawiając sączki w okolicy obu kostek i założyłem opatrunek jodoformowy. Operacyja łącznie z narkozą i opatrunkiem trwała 105 minut, przyczem spotrzebowano 100·00 mięszaniny chloroformu i eteru siarczanego w równych częściach. Wymiotów ani podczas operacyi ani po niéj nie było.

Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy, najwyższa ciepłota bowiem była trzeciego dnia po operacyi 38·8°C. i tego dnia mocno krwią przesiąknięty opatrunek zmieniłem po raz pierwszy. Dnia 28/9, to jest dziewiątego dnia po operacyi, musiałem odciąć małe przybrzeżne części płatów z powodu zgorzeli, odtąd też używałem do zmywań przy zmianie opatrunków 5% rozczynu chlorku cynkowego. Wrzód po stronie wewnętrznéj był całkiem wygojonym w dniu 18/11, zgrubienie podudzia całkiem ustąpiło. Gojenie się wrzodu drugiego po stronie zewnętrznéj trwało znacznie dłużéj, chory bowiem domagał się koniecznie amputacyi podudzia, oświadczając, iż z taką końską nogą do domu nie pójdzie. Dalsze leczenie tedy było dla mnie próbą cierpliwości, gdyż chory starał się niweczyć zabiegi moje uderzając kikutem o krawędź łóżka. Ileż to razy zastałem opatrunek krwią przesiąknięty przez takie postępowanie. Przeszło pół roku z uporem walczyłem, przyczem się przekonałem, iż płat skóry opór stawiał gwałtowi zewnętrznemu i tylko niepokryta skórą część

wrzodu zewnętrznego nadwerężyć się tym sposobem dała. A gdy już wrzód prawie całkiem był zabliźnionym, jeszcze po raz ostatni samochcąc zranił sobie chory skórę zdrową powyżéj wrzodu zewnętrznego na przestrzeni paznogcia. Zniecierpliwiony wypuściłem go z tą raną ze szpitala dnia 12/6 1889 r. Pięta jego przy chodzeniu przechyla się dość mocno ku tyłowi; później jednak od żony jego się dowiedziałem, iż się wreszcie ze swoim losem pogodził i dość dobrze bez kija chodzi.

Nie ulega więc wątpliwości, iż w wielu razach, gdzie dawniéj dla wrzodów podudzia wykonywano amputacyję podudzia, jużto dermoplastyczną amputacyję podudzia według Keetleya, jużto osteodermoplastyczną resekcyję według Rydygiera, jużto jakąkolwiek inną amputacyję stopy z oszczędzeniem całéj skóry wykonać można. Ja ze swéj strony jednak powstrzymam się od tych zapędów u osób umysłowo mało rozwiniętych, a to z tego względu, że leczenie następowe po amputacyi mniéj przedstawia trudności i że dla tych ludzi większy lub mniejszy ubytek żadnéj nie czyni różnicy.

Już po napisaniu niniejszego artykułu odwiedził mnie mój chory zrobiwszy drogę pieszą przeszło półtora milową. Szedł wcale dobrze. W miejscu skaleczenia własnowolnego, z którem go ze szpitala wypuściłem, jest wrzód 6 cm. w średnicy mający, mocno cuchnący. Rozpadła się blizna po stronie zewnętrznéj; przeszczepiony płat skóry postawił opór.

V. Z praktyki prywatnéj.

Przyczynek do leczenia duru brzusznego.

W roku 1840 zalecał Sauer jodek potasowy w durze brzusznym, po nim inni łącząc jod z jodkiem potasowym, jak Willebrand, a wreszcie Jeleński (*Berl. kl. Wchschrft* r. 1883, str. 162) podawać radzi jodek potasu 0,15 gm. co 2 godziny od końca pierwszego tygodnia. Liebermeister, w zbiorowem dziele Ziemssena w rozdziale o leczeniu duru brzusznego, wspominając o jodzie, pisze: „aber die Mortalitaet war eine geringere“.

Każdy z nas lekarzy na prowincyi rzadko zderza się z przypadkami duru (jak i wszelkiéj innéj choroby), któreby można systematycznie leczyć, n. p. kąpielami lub innemi zabiegami. Zwykle praktyka kończy się na dwu lub trzykrotnem odwiedzeniu chorego (w najlepszym zaś razie, gdy chory ma zaufanie do lekarza i leczenia, oprócz wizyt u chorego, ktoś z rodziny jego donosi o stanie zdrowia codziennie lekarzowi), chyba, że chory jest w miejscu zamieszkania lekarza, lub że należy do klasy zamożniejszéj. O zastosowaniu więc w takich razach tak dzielnego środka jak kąpiele myśleć trudno, wobec z jednéj strony niemożności kontrolowania tychże i stanu chorego, a z drugiéj strony często braku najpotrzebniejszych naczyń, jak wanny.

To też od r. 1883 używam jodu w postaci jodku sodu w leczeniu duru brzusznego i obecnie po latach sześciu doszedłem do następujących wniosków: 1) jodek sodu podawać należy od początku choroby; w nagminnie występującym durze podaję go zaraz po zwiastunowych objawach u świeżych chorych; 2) czas trwania choroby był w 40% krótszym od zwykłego przebiegu; 3) im większa gorączka i im cięższe przypadłości ogólne duru, tem większe dawki dzienne; 4) należy podawać aż do 10 go dnia bezgorączkowego; 5) wiek i płeć nie stanowią przeciwwskazania w podawaniu jodu. Toż samo i objawy początkowéj gruźlicy płucnéj; 6) krwotoki jelitowe z początkiem leczenia nie stanowią bynajmniéj przeciwwskazania w podaniu jodu, w takim razie dodaję tylko nastoju makowcowego.

Obok tego stosuję okłady zimne na brzuch; rzadko bardzo potrzeba było uciekać się do leków wzmacniających czynność serca, z tych obok wyskoku lub wina najlepiéj działał nastój strofantu, podawany 5 do 10 kropli 3 lub 4 razy dziennie przez 1 do 3 dni. Za pożywienie podawałem tylko mleko słodkie i kwaśne, dozwalając chorym i dwa do trzech litrów wypijać na dobę, gdy tylko chcieli i mogli.

Co do skutków leczenia były one następujące: na 361 przypadków leczonych jodem, zaledwie 17, z których wszyscy ozdrowieli, przebiegało ciężko t. j. z gorączką przechodzącą 41° C., z utratą przytomności i majaczeniami oraz objawami osłabienia serca. Z ogólnéj liczby chorych zmarło 17, z tych dwoje chorych ze znacznemi zmianami gruźlicy w płucach lub innych trzewach, dwie ciężarne, jedna w 3-im miesiącu, druga 5-tym miesiącu ciąży, obie po poronieniu, dwoje skutkiem perforacyi jelita po grubym błędzie w dyjecie, reszta skutkiem porażenia serca, a tu wliczam i te przypadki, które jako beznadziejne objąłem w leczenie. Reszta chorych t. j. 344 przedstawiało przebieg bądź ciężkiego, bądź też średnio ciężkiego lub lekkiego duru.

Z pojedynczych objawów chorobowych: gorączka oprócz powyżéj przytoczonych 17 ciężkich przypadków nie przechodziła 40·5°C. i bardzo rzadko przybierała postać ciągłéj (*febr. continua*), rychło przechodząc w *febris remittens* i *intermittens*. Ból głowy bywał zwykle mały i znośny, sen dość spokojny bez podawania jakiegokolwiek środka nasennego; ból w rękach i nogach oraz krzyżach po kilku dniach ustawał. Język oczyszczał się dość rychło, nigdy jednak nie bywał bardzo suchym i twardym. Śledziona bywała zwykle bardzo mało powiększoną. Objawy kiszkowe, jak bolesność, bębnica, kruczenie, w bardzo małym stopniu się utrzymywały. Biegunka zaraz z początku zmniejszała się, gdy zaś zaparcie stolca było w początkach choroby znaczne, tam jod sprowadzał stolce obfite, a nie częste. Krwotoków kiszkowych nie spostrzegałem wcale wśród leczenia jodem.

Ze strony narządu oddechania nie bywało groźniejszych objawów. W narządach krążenia nie zauważałem również wiele groźnych powikłań, tętno nie przekraczało 110 uderzeń na minutę, zwykle dochodząc do 100. Tu tylko 11 chorych straciłem z porażenia serca.

Co do trwania choroby, to w połowie mniejszéj przypadków, bo w 143, czas trwania był między 12 a 17 dniami, reszta zachowała tor zwykły duru brzusznego.

Odleżyny były w pięciu przypadkach, wszystkie zakończone śmiercią.

Co jednak uwagi godnem i co ośmieliłbym się poczytać za dodatnią stronę leczenia jodem, to brak wogóle powikłań i brak zupełny chorób następowych, choćby najlżejszych. Przeglądając wszystkie zanotowane przypadki nie spostrzegłem ani jednego prawie z powikłaniem, a już wcale żadnego z chorobą następową. To jest sądzę zaletą jodu przed leczeniem n. p. kąpielami, po leczeniu którymi, jak sam Liebermeister przyznaje, występują dość często nawroty choroby lub wśród choroby krwotoki kiszkowe. A przecież trudno przypuścić, abym miał w leczeniu tylko same przypadki lekko przebiegające, gdy wśród tych lat sześciu miałem do czynienia i z durem nagminnie panującym i wśród różnych warstw społeczeństwa.

Podaję jod wedle następującego przepisu:

Rp. *Natrii jodati* 5·0
Aquae destill. 200·0

MDS. Co 2½ godziny łyżkę z 2—3 łyżkami mleka, to jest co półtrzeciéj godziny, a w bardzo ciężkich przypadkach co 2 godziny przeszło 0·30 gm. jodku sodu. Dawkę tę u dzieci zmniejszam do połowy i trzeciéj części. Zwykle dodaję równą ilość z jodkiem sodu i będźwinianu sodowego, jako znakomicie działającego w zajęciu oskrzeli.

Z powyższych spostrzeżeń wnoszę, że śmiało zaliczyć można jod do leków, jeśli nie swoisto działających w durze brzusznym, to w znacznym przynajmniéj stopniu zmniejszający nasilenie tegoż, a co najbardziéj uderza w skutkach, to brak chorób wikłających i następowych, oraz mała śmiertelność.

Dodać jeszcze muszę, że chorzy znakomicie znoszą jodek sodu i że w żadnym przypadku mimo znacznych ogólnych dawek jodu nie zauważałem właściwych jemu objawów zatrucia.

W każdym razie za małą jest ilość spostrzeżeń, aby statystyka zaważyć mogła na szali, polecam tylko lek, sumiennie przedstawiwszy jego działanie.

Dr. Teofil Prochaska z Buska.

Dr. Zaczyński praktykujący w Mustafabaszy pod Adryjanopolem donosi nam o szczególniejszem zdarzeniu: Oto zgłosił się do niego młody Bułgar z prośbą, aby mu wydobyć kawałek żelaza sterczący z grzbietu nosa tuż obok kąta wewnętrznego oka lewego, dodając, że zapewne będzie to kawałek lufy z pistoletu, który mu przed 10 miesiącami pękł przy strzale w rękach, przyczem ugodzony został kawałkiem odłamka lufy w pomienioną powyżej okolicę nosa. Odczyn był nieznacznym, ranka zagoiła się bardzo prędko, młody człowiek nie doznawał żadnych dolegliwości i oddawał się swobodnie swoim zajęciom, aż dopiero przed kilku dniami zaczął się pokazywać w pomienionem miejscu koniec żelaznéj blaszki. Dr. Z. stwierdziwszy to chwycił blaszkę silnemi kleszczami i wydobył odłamek 6 ctm. długi, a 4 ctm. szeroki, po czem pozostała ranka w kilku dniach się zagoiła.

VI. Oceny i sprawozdania.

Die Geschosswirkung der neuen Kleinkalibergewehre. Ein Beitrag zun Beurtheilung der Schusswunden in künftigen Kriegen von prof. Dr. Paul Bruns. Mit 7 Tafeln in Lichtdruck. Tübingen, 1889, str. 56 w 4-ce

Jeżeli zważymy, że od lat kilku w ciągłéj nas utrzymują obawie lada chwila wybuchnąć mającéj wojny, jeżeli zważymy, że wreszcie z dwojga złego życzyćby sobie wypadało mniejsze, t. j. wojnę, niż ten niszczący stan zbrojnego pokoju, jeżeli w końcu zważymy, że bądź co bądź prędzéj lub późniéj, w każdym jednak razie w najbliższéj przyszłości, musi przyjść do krwawego rozstrzygnięcia wielu napiętych kwestyj politycznych, to prawdziwie wdzięczność wyrazić należy tym, którzy już naprzód myślą, w jaki sposób możnaby zmniejszyć grozę skutków tego nieuniknionego złego. Zasługa ta należy się w całéj pełni profesorowi chirurgii w Tybindze P. B r u n s o w i, który jakkolwiek już uprzedzony przez kilka mniejszych prac dokonanych w tym kierunku, pierwszy wyjaśnia w obszernéj, dokładnéj i na własnem doświadczeniu opartéj rozprawie skutki najnowszych pocisków małego kalibru z uwzględnieniem wszystkich możliwych stosunków nowomodnéj ballistyki, o ile ona lekarza-chirurga obchodzić może. Wobec faktu, że niektóre mocarstwa już zaprowadziły tego rodzaju broń, inne zaś w najkrótszym czasie armije swe w nią uzbroją, powinien każdy lekarz wojskowy, jako też każdy chirurg specyjalista z dziełem tem się zaznajomić; tutaj chcę tylko po krótce dla szerszéj publiczności lekarskiéj zaznaczyć, że obejmuje ono oprócz pouczającego wstępu z zakresu nowoczesnéj ballistyki, cztery rozdziały, z których pierwszy obejmuje doświadczenia nad siłą pocisków przebijającą, drugi nad rozgrzewaniem się tychże, trzeci nad ich siłą rozprężającą, a wreszcie czwarty nad działaniem ich na ciało ludzkie. Ciekawy czytelnik znajdzie tam wiele pouczających szczegółów, jak n. p. o rozwoju dotąd już zaprowadzonych systemów Lebel, Manlicher, Mauser, Kropatschek, Rubin\; o budowie samego pocisku; o ich strasznéj sile, która płytę żelazną grubości 12 mm., a sosnową grubości 110 ctm. w oddaleniu 800 metrów, ciało zaś ludzkie w oddaleniu 2000 metrów na wylot przebija, a w oddaleniu 400 metrów przez poczwórny szereg walczących przedostać się może, chociażby natrafiła po drodze na najgrubsze kości ciała ludzkiego.

Przy tak znacznéj sile perkussyjnéj zachodziła obawa, iż skutki rozprężenia pocisku będą o wiele większe, osobliwie przy postrzałach z pobliża, niż przy pociskach systemów do niedawna używanych. Doświadczenia B r u n s a wykazują, ż e s i ł a r o z p r ę ż a j ą c a w z m a g a s i ę w z n a c z n i e w i ę k s z y m s t o s u n k u d o w i e l k o ś c i p r z e k r o j u p o c i s k u, n i ż d o p r ę d k o ś c i j e g o, co sprawia, że c h a r a k t e r r a n p o s t r z a ł o w y c h, s p r a w i o n y c h p r z e z p o c i s k i o m a ł é j ś r e d n i c y j e s t w e w s z y s t k i c h o d d a l e n i a c h o w i e l e l e p s z y m, niż ran wywołanych przez dawniejsze pociski. Nadto granice pasa, w którym pocisk sprawia najgładsze rany przeszywające, zostały znacznie rozszerzone, bo sięgają obecnie od 400 mtr. do 1500. Cały szereg pięknie wykonanych fotodruków przedstawia te korzystne stosunki ran postrzałowych w kości i nieznaczną deformacyję samych pocisków. Z osłon otaczających ołowiany pocisk najtrwalszym okazała się osłona stalowa, zaprowadzona w armii austryjackiéj. B r u n s kończy twierdzeniem, że b r o ń d r o b n o k a l i b r o w a j e s t n i e t y l k o n a j l e p s z ą, l e c z z a r a z e m n a j h u m a n i t a r n i e j s z ą, przyczyniając się według możności do złagodzenia grozy wojennéj.

Przyznając to w całéj pełni, nie mogę powstrzymać się od uwag, nasuwających mi się przy czytaniu niniejszéj rozprawy. Wiadomą jest rzeczą, że lekarze pracowali w ostatnich wojnach z nadludzkiem wytężeniem, a to z powodu, że ich wszędzie było za mało w stosunku do znacznych ofiar, zrządzanych nową bronią odtylcową. Do tego wszystkiego przybywają dzisiaj jeszcze trzy czynniki, t j. o wiele większe masy wojsk walczących, zamki repetyjerowe u karabinów, wyrzucające co najmniéj dwa razy tyle pocisków w tym samym czasie, co dawniejsze karabiny i wreszcie drobnokalibrowe pociski, które, jak to powyżéj wspomniałem, kilkakrotne szeregi walczących przeszyć są w stanie; wszystko to da z pewnością ten rezultat, że w krótkim przeciągu czasu liczba rannych będzie kilkakroć razy większą, niż była w ostatnich wojnach. Tymczasem stosunek przybytku lekarzy pozostawia jeszcze wiele do życzenia. Aby więc rzeczywiście módz ową grozę wojny złagodzić, trzebaby przedewszystkiem już teraz w czasie pokoju pomyśleć o skutecznéj pomocy przez lekarzy operatorów cywilnych tak, aby w razie potrzeby wszystko było zorganizowane, a nie dopiero na prędce a więc niedokładnie robione, a powtóre trzebaby między lekarzami wojskowymi mieć więcéj takich, którzyby z chirurgiją więcéj byli obyci. Wprawdzie przydziela rząd od kilku lat do kilku klinik chirurgicznych po jednym lekarzu wojskowym co roku w celu nabrania wprawy w operacyjach i opatrunkach chirurgicznych, lecz tych kilkunastu w ten sposób przysposobionych lekarzy jest jak kropla wody w morzu. Trzebaby to zrobić na większą skalę i skorzystać nie tylko z samych klinik, lecz i z innych oddziałów mających materyjał bardzo obfity, a przy dobrem zorganizowaniu dałoby się pogodzić i służbę garnizonową z praktykowaniem przy takich oddziałach. Tak przysposobieni lekarze wojskowi byliby rzeczywiście wielką w wojnie pomocą; na dawne stosunki możeby ich i wystarczyło, lecz na spodziewane przyszłe będzie tak przysposobionych lekarzy za mało.

Obaliński.

Chirurgija.

A. B u m. **O obecnem naukowem stanowisku mechanoterapii.** (Dok. Patrz Nr. 2).

Na pozór sprzeczne zdanie, jakoby miesienie mogło skrócić wydłużoną tkankę (zwątlałe ścięgna), objaśnić się daje tem, że przez miesienie wywołujemy odczyn zapalny w tkance, który następowo prowadzi do zbliznowacenia i przykrócenia. B. wyraża życzenie, aby dyjagnostyka lekarska o tyle naprzód postąpiła, aby w leczeniu zrostów po przebyciu *perityphlitis*, jakoteż powodów wywołujących *ileus* z większą korzyścią można zastosować mechanoterapiję.

IV. Miesienie nerwów działa na takowe jako bodziec pobudzający. Za pomocą mechanicznego zabiegu wprowadzamy nerw w stan podrażnienia, możemy go pobudzić. Stan ten podrażnienia jest tym większym, im mniejszym jest zabieg dotyczący nerwu, nerw bywa osłabianym lub też czynność jego zupełnie bywa zniesioną, jeżeli zabieg koło nerwu jest silnym, ucisk znacznym. Na podstawie tych wyników fizyjologicznych odkrytych przez H e i d e n h a i n a i G r a n v i l l a, potwierdzonych badaniami Zederbauma i Vogta, jesteśmy w stanie jużto za pomocą mniéj silnego miesienia pobudzić nerwy sprawiające znieczulenie, względnie porażenia, jużto znów za pomocą silnego zabiegu korzystnie wpłynąć na nerwobóle i skurcze osłabiając lub też znosząc zupełnie stan podrażnienia w nerwach. Leczenie mechaniczne wpływa także na układ nerwowy niewprost, działając na krążenie a tem samem na odżywienie tegoż. Miesienie nerwów jest więc wskazane przy porażeniach i skurczach, jakoteż w przeczulicach i znieczuleniach nerwów obwodowych, o ile te cierpienia są swoistéj natury, daléj w gośćcu mięśniowym. Nadmienić też trzeba o bezkrwawem naciąganiu nerwu kulszowego przy nerwobólu tegoż nerwu poleconem przez Cantaniego.

V. Miesienie brzucha ma dodatni wpływ na czynności

narządu trawienia. Wiadomo powszechnie, że niedostateczne używanie ruchu oraz niewystarczające ćwiczenie mięśni mają ujemny wpływ na napięcie układu mięśniowego jelit, czyli wywołują zgnuśnienie narządu trawienia. Mięsieniem jakoteż odpowiedniem ćwiczeniem możemy znakomicie poprawić te atoniczne zaburzenia. Wobec tego mięsienie brzucha przyczynia się: 1) do wzmocnienia mięśni powłok brzusznych oraz włókien mięsnych jelit; 2) do pobudzenia ruchów robaczkowych; 3) do mechanicznego usunięcia gródek kału z kiszki grubéj. Leczenie mechaniczne wpływa na czynności narządu trawienia albo wprost działając albo też na drodze odruchów.

Na koniec uciekamy się do leczenia mechanicznego w całym szeregu chorób i to z dobrym wynikiem, w których jednak działanie tego leczenia wytłumaczyć nie możemy, tak n. p. w nerwicach stawowych, o których dokładniéj wspominają Esmarch, Brodie i Billroth, daléj w chorobach ocznych. Może być, że w tych razach działa więcéj wiara chorego w dobry skutek leczenia.

Przeciwwskazania dla leczenia mechanicznego zestawia B. w jednem zdaniu. Przeciwwskazanym jest ten zabieg we wszelkich chorobach, których produkty wprowadzone do ogólnego krążenia szkodzą wprost ustrojowi lub też szkodzić mogą. Nie możemy więc użyć tego sposobu przy ropieniach, stanach septycznych, zakrzepach żylnych. Toż samo dotyczy chorób zakaźnych, ostrego gośćca stawowego, umiejscowionych schorzeń na tle kiły, gruźlicy i rzeżączki. W schorzeniach na tle gośćca i rzeżączki sprzeciwia się B. użyciu tego zabiegu tylko wśród objawów ostrego zapalenia, w chronicznych przypadkach tego rodzaju i jako leczenie następowe oddaje mięsienie zawsze dobre usługi; inaczéj w schorzeniach na tle kiły lub gruźlicy, tu bowiem przenosimy za pomocą mięsienia zarazem z miejsca, któreśmy na razie nieszkodliwem uczynili, do ustroju, gdzie tenże szkodliwie zadziałać może. W dalszym ciągu nie będziemy massować tam, gdzie ognisko chorobowe nie jest dla ręki lekarza dostępnem (n. p. silnie rozwinięta podściółka tłuszczowa) jak również, co samo przez się rozumie, w obec skóry niezupełnie zdrowéj. Tak samo jasnem jest przeciwwskazanie w takich przypadkach, gdzie drogi, któremi celem wchłonienia pierwiastki mają przechodzić dośrodkowo, stały się niedrożnemi (ucisk żył lub naczyń limfatycznych przez nowotwory, stany zapalne naczyń itd.) jak również tam, gdzie w ogóle schorzenie jest takiego rodzaju, że zabieg mechaniczny nań żadnego wpływu mieć nie może.

Na zakończenie nadmienia B., że i mięsienie jak w ogóle każda prawie metoda lecznicza jest bronią obosieczną i powinna być powierzoną pieczy tylko doświadczonego lekarza. (*Wiener med. Presse*, Nr. 44, 45, 46, 47 z r. 1889).

Dr. Bohosiewicz.

Rockwitz (*Strassburg*): **Gastroenterotomija w strasburgskiéj klinice chirurgicznéj.**

R. donosi z kliniki prof. Lückego o tak korzystnych wynikach po gastroenterotomiji przy zwężeniach rakowatych lub bliznowatych odźwiernika, że wycięcie jego ulegnie odtąd jeszcze większemu ograniczeniu, niż to dotychczas miało miejsce już z powodu jego niekorzystnych rezultatów. Z 8-miu w ten sposób operowanych nie umarł po operacyi żaden, podczas gdy śmiertelność ich wynosiła 57·2%. Tak korzystne wyniki zawdzięcza Lücke metodzie przez siebie wprowadzonéj. Skoro mianowicie po otwarciu jamy brzusznéj przekonał się za pomocą wzroku i ręki o niemożności do szczętnego usunięcia raka odźwiernika, wyciąga przez cięcie względnie małe trzema palcami z miednicy małéj najbliżéj leżącą pętlę jelit cienkich i rozpatruje, czy można ją ponad sieć i okrężnicę poprzeczną bez silniejszego napięcia jéj krezki przysunąć do żołądka, bez względu na odległość téj części jelita od dwunastnicy. Jeżeli więc wybrana pętla jelitowa posiada dostatecznie długą kreskę a okrężnica poprzeczna tém samém nie ulega uciśnięciu, wtedy jest według Lückego obojętném, czy treść żołądka mniéj lub więcéj daleko od dwunastnicy do jelita cienkiego odprowadzoną zostaje. Celem przymocowania pętli do żołądka wybiera się miejsce tuż powyżéj *ligamentum gastro colicum* leżące, nie będące zanadto blisko ani odźwiernika ani dna żołądka, gdyż w pierwszym przypadku mogłoby zwyrodnienie rakowate dosiągnąć założonéj przetoki i wywołać jéj niedrożność a w drugim przypadku opuściłyby pokarmy żołądek zbyt wcześnie. Założenie przetoki odbywa się zewnątrz jamy brzusznéj, po wydobyciu i okryciu jelit gazą jodoformową. Do zamknięcia światła jelita używano uciskadeł Rydygiera. Otwór przetoki zakłada się daléj, niż poleca Hahn, celem zapobieżenia załamaniu się jelita i wytwarzania się ostrogi. Ruch robaczkowy przytwierdzonego odcinka jelita cienkiego powinien przebiegać równolegle do ruchu robaczkowego żołądka, o czém przekonać się można przez drażnienie pętli za pomocą kryształka soli kuchennéj. Przy używaniu uśpienia za pomocą dimetylacetalu trwała taka operacyja 2—2½ godzin. W wszystkich przypadkach nastąpiła po operacyi poprawa sił i stanu ogólnego. (*Deut. Zeit. f. Chir.* 1889, t. 25).

N. Wassilijew (Petersburg): **O chirurgicznem leczeniu zapalenia płuc wysiękowego.**

Z rozmaitych zabiegów chirurgicznych, używanych obecnie do leczenia ropnego zapalenia opłucny, widział W. najlepsze wyniki po tym, który polega na otwarciu klatki piersiowéj w przestworze międzyżebrowym Wyniki, do których W. dochodzi, są następujące: 1. Ponieważ dobry wynik w ropotoku piersiowym, leczonym na drodze operacyjnéj przy równych zresztą warunkach, zależy głównie od możliwie wczas podjętego zabiegu, dlatego powinien lekarz wykonywać często punkcyje próbne w celach rozpoznawczych. 2. Zabieg polega na tem, że się w klatce piers. na przestworze międzyżebrowym robi otwór, przez który ropa swobodnie odpływać może; następowe założenie sączków i leczenie przeciwgnilne. 3. W leczeniu ropnego zapalenia opłucnéj ważnę rolę odgrywa leczenie ogólne. Leczenie to polega: a) na podawaniu wewnętrznem odwłóknionéj krwi; b) na systematycznem używaniu kąpieli 28—29° R; c) na leczeniu klimatycznem. (*M. med. W.* 1889, Nr. 29).

Choroby wewnętrzne.

Boas (Berlin): **O wzajemnym stosunku pomiędzy chorobami żołądka i jelit.**

Boasowi udało się uzyskać u pewnéj liczby chorych sok jelitowy z żołądka; zdarza się to przedewszystkiem u chorych, cierpiących nawykowe wymioty. B. tłomaczy przejście treści jelitowéj do żołądka niedowładem odźwiernika wskutek powiększonéj pracy. Otrzymany płyn jest barwy żółtawo-zielonéj, oddziaływania słabo zasadowego, lub słabokwaśnego, gęsty o c. g. 1·009—1·010; po dodaniu kwasów lub soku żołądkowego tworzy się gęsty strąt, który po dodaniu alkalijów znowu się rozpuszcza. Wiadomo, że żółć łatwo gnije, chociaż w jelicie rozwija wybitne działanie przeciwgnilne. B. wykazał, że dodanie kwasu może wstrzymać gnicie żółci i to żadne ciało dzielniéj, niż kwas solny. Daléj znajdował leucynę i tyrozynę, białko rzadko (peptony), a nigdy cukier. Sok trzustkowy peptonizuje bardzo szybko mleko. Rozkładanie się białka przez pepsynę i ptyalinę jest w przeciwieństwie do rozpowszechnionego mniemania większe, niż przez trypsynę. Na rozkład tłuszczu nie wpływa wybitnie ani żółć, ani sok trzustkowy. Starającemu się wytworzyć sobie na podstawie nowych spostrzeżeń obraz przebiegu w chorobach żołądkowo-jelitowych pada nowe światło na okoliczność, że w chorobach żołądka obejmuje zastępczo trawienie jelito. B. badał za pomocą odpowiedniego przyrządu, jak się zachowują różne mięszaniny soku żołądkowego i jelitowego. Jeżeli do słabo alkalicznego soku jelitowego dostanie się słabo kwaśny sok żołądkowy, wtedy mięszanina nie zmienia się wybitnie ani co do wejrzenia ani co do własności. Jeżeli jednak do soku jelitowego dodamy mocniéj kwaśny, wolny HCl zawierający sok żołądkowy, powstaje nieprzeźroczysty strąt, zawierajacy kwas glikocholowy i taurocholowy, a nierozpuszczający białka Po dodaniu HCl powstaje trawienie żołądkowe, po dodaniu zasad działanie tryptyczne. Jeżeli w trzeciéj fazie dostaje się mocno kwaśna miazga pokarmowa, to zakisy jelitowe ulegają strąceniu i nie działają. Jeżeli więc siła ruchowa żołądka jest zmniejszona, wtedy trawienie jelitowe, nie doznając zboczenia od kwaśnéj treści z żołądka, spokojnie zastępczo odbywać się będzie Przy nadmiernéj

kwasocie odbywać się będzie w jelicie cienkiem wybornie trawienie białka, wodniki węgla i tłuszcz nie zostaną strawione, ponieważ grube straty (3-cia faza) zabierają żółć i ferment trzustkowy; przy nadmiernéj kwasocie wystąpi dobre trawienie jelitowe, ponieważ sok jelitowy nie dozna zboczenia w działaniu przez kwas. Tu jednak istnieć będzie równocześnie niebezpieczeństwo rozkładu, ponieważ żółć nie będzie odrażoną przez kwas, łatwo wytworzy się indol i skatol, wiatry i biegunka. Z tego wynika, że HCl jako lek posiada daleko mniéj działanie trawiące, niż przeciwfermentacyjne, poleca się więc bardziéj podawanie HCl po lub podczas, niż przed jedzeniem. (*Münch. med. Woch* 1889, Nr 28).

Dr. Baschkopf.

Choroby skórne i weneryczne.

Fleiner: **O leczeniu przewlekłéj rzeżączki.**

Na posiedzeniu lekarzy i przyrodników w Heidelbergu wykładał autor o używanych sposobach leczenia w rzeżączce przewlekłéj w klinice w Heidelbergu. Innem jest leczenie w rzeżączce przewlekłéj o skąpéj wydzielinie, a innem w téj chorobie z wydzieliną obfitą. Leczenie w pierwszéj postaci, która objawia się skąpą wydzieliną z rana, zlepieniem ujścia zewnętrznego cewki moczowéj i charakterystycznemi nitkami w moczu, polega głównie na wprowadzaniu do cewki moczowéj cewników metalowych powleczonych odpowiedniemi środkami lekarskiemi. F. używa cewników metalowych przeważnie niklowych o gładkiéj powierzchni i różnéj grubości (Nr. 18—28) i pokrywa je maścią następującego składu: *Rp Argent. nitr. 1·0, Cer. flav 2·0, Butyr. cacao 17·0, M. len. calor. f. leg. art. instabul.* Maść ta rozkłada się, dlatego zwykle należy jéj używać świeżéj.

Postępowanie jest następujące: Połowę cewnika, którą się ma wprowadzić do cewki moczowéj, ogrzewa silnie nad nie kopcącą lampą wyskokową, gorący jeszcze cewnik wyciera dobrze watą aseptyczną a późniéj pociąga nim kilka razy (jak smyczkiem po kalafonii) po maści lapisowéj, któréj skład powyżéj podano. Maść ta zwykle do tego celu dla wygody przyrządza się w tabliczkach. Można albo cały cewnik pokryć maścią, albo tylko stronę cewnika, która ma się zetknąć z częścią chorą cewki moczowéj, co poprzednio wybadać należy obmacaniem albo endoskopem. Wkrótce na powietrzu cewnik oziębia się i maść na nim rozpostarta krzepnie, co następuje jeszcze prędzéj, gdy cewnik zanurzymy w wodę. Wogóle w 3—5 minutach cewnik jest zupełnie przygotowany do użycia. Po wyjęciu cewnika z cewki moczowéj maść jest znowu płynną, co ułatwia nadzwyczaj oczyszczenie narzędzia, po wytarciu go bowiem tylko watą aseptyczną i przeciągnięciu nad płomieniem lampy jest cewnik znów sterylizowany. Zalety postępowania takiego są widoczne, a mianowicie jest ono bardzo uproszczone, na pewne aseptyczne, nadto maść jest równo rozpostarta po całym cewniku. Działanie jest dwojakie: mechaniczne i chemiczne: mechaniczne, bo cewnik napina błonę śluzową cewki moczowéj, wygładza ją, wywiera ucisk na patologiczny przerost błony śluzowéj lub nacieki tejże a zmieniając krążenie sprzyja wessaniu, a działanie to lecznicze zwiększyć jeszcze może umiejętnie od zewnątrz na cewkę moczową wykonane mięsienie; działanie chemiczne polega na działaniu leków, któremi cewnik jest pokryty. Po każdém wprowadzeniu cewnika następuje zadrażnienie, które objawia się obfitą wydzieliną trwającą 1—2 dni, co raczej należy uważać za objaw pomyślny, bo jest to niejako początkiem powrotu błony śluzowéj do stanu pierwotnego. Zakładanie cewnika odbywa się po 5—7 dni. F. leczył w ten sposób 41 przypadków rzeżączki przewlekłéj z objawami mniéj lub więcéj wybitnego zwężenia cewki moczowéj, w 28 przypadkach nastało zupełne wyleczenie, 11 chorych doznało chwilowego polepszenia, dwaj usunęli się wśród leczenia. Do zupełnego wyleczenia wystarczy posiedzeń 1—10. Gdy te nie bardzo skutkują, można podawać wewnętrznie *Oleum ligni santali* lub *thallin. sulf.* Dobre także można otrzymać wyniki, jeżeli sondowania przerywa się na tygodnie lub miesiące a potém na nowo się do nich powraca, przyczém poprzednią maść można zastąpić n. p. maścią z *acid. tannic.*

W przypadkach opierających się temu leczeniu jako też w rzeżączce z obfitą wydzieliną radzi F. używać pręcików z garbnika, azotanu srebrowego, taliny, bismutu i t. d. Pręciki te należy wprowadzać do cewki moczowéj co 2gi lub 3ci dzień (*W. med. Presse* Nr. 51, 1889). *Dr. A. Hicner.*

Riocreux. **O kile dziedzicznéj.**

Wychodząc z zapatrywania, że kiła jest chorobą prątkową, pojmuje oddziedziczenie jéj tylko jako szczególny rodzaj przeniesienia i czyni wniosek, że jad kiłowy razem z plemnikami wnika w jajko kobiece i zakaża w ten sposób powstający młodociany ustrój. Przyznaje, że przeciw odziedziczeniu od ojca podnieść można doniosły zarzut, że nieznaczną chorobę matki można łatwo przeoczyć, sądzi jednak, że jeżeli nawet się wykluczy znaczną ilość odpowiednich przypadków, jako nie bezwzględnie pewnych, to zawsze jeszcze pozostaną pewne przypadki, nawet spostrzegane przez lekarzy w ich własnéj rodzinie, które stwierdzają odziedziczanie od ojca, podczas gdy matka pozostaje zdrową. Z naturalnych przyczyn zdarza się ten rodzaj przeniesienia kiły najczęściéj w drugim lub trzecim roku po zarażeniu się, chociaż i trzeciorzędny okres wcale nie chroni od dziedziczenia a nawet w dwudziestym jeszcze roku istnienia choroby mogą się rodzić dzieci od ojca kiłowe; im starszą jest kiła, tém rzadziéj i w tém mniejszém nasileniu następuje przeniesienie. Wpływ leczenia swoistego na możność przeniesienia już dawno jest znany; R. jednak przypisuje pierwszemu leczeniu, jeżeli ono zostaje zastosowane dość późno od chwili zapłodnienia, tylko małoznaczącą wartość. T. z. prawo Collesa ma dla większéj liczby przypadków znaczenie, ale przytacza historyje choroby dowodzące, że także bez występowania objawów wtórorzędnych u matek dzieci kiłowych mogą późniéj pokazywać się ciężkie zmiany trzeciorzędne; sądzi, że kobiety takie są szczepione, czyli że od dzieci swych nabyły bardzo osłabioną kiłę, która przez długi czas była utajoną, za to po pewnéj liczbie lat sprowadza raz nieznaczne, drugi raz ciężkie objawy. Tłómaczy to zjawisko z analogii z doświadczeniami Straussa i Cumberlanda, którzy w płodach wąglikiem zaszczepionych świnek morskich mogli wykazać bardzo odosobnione prątki. *Immunitas* powyżéj przytoczonych przypadków należy tłómaczyć zaszczepieniem najmniejszych ilości drobnoustrojów kiły, niewystarczających do wywołania widocznych objawów. Z materyjału statystycznego, zapożyczonego po większéj części od Fourniera, czyni wniosek, że w 75-ciu rodzinach, których ojciec miał kiłę, dzieci 43 razy chorobę odziedziczyły i że na 112 rodzin, w których znajdował dzieci dotknięte kiłą dziedziczną, 43 razy sam ojciec a 69 razy oboje rodzice byli kiłowymi. Co do terapii, należy największéj uwzględnić leczenie ojca, gdyż ono może potomstwo ochronić od kiły, podczas gdy leczenie matki nie daje pewnych wyników. (*Thèse de Paris* 1888).

P. Michelson. **O kile nosa.**

Znaczenie kiły nosa jest podwójne: wielkie zniekształtnienia, wyciskające na twarzy chorych piętno zarażonych, są dla laików wielkim postrachem; ważniejsze jest sąsiedztwo jéj z podstawą czaszki i pewne trudności, jakie przedstawia leczeniu. Mimo postępów nowoczesnéj chirurgii usiłować będzie lekarz obeznany z rinoskopiją, którego leczenie opiera się na dokładném miejscowem badaniu, usuwać wrzody kiłowe nosa bez używania zabiagów chirurgicznych. W wszystkich przypadkach kilaków nosa należy baczną zwrócić uwagę na jamę ust i połyku. M. wyjaśnia polipowate zwyrodnienie muszli nosowych, ich zanik i ztąd powstałe nadmierne rozmiary jam nosowych, wytwarzanie się sekwestrów i ich niebezpieczeństwo. M. ostrzega przed używaniem bez wyboru tuszów i przestrzykiwań nosa w leczeniu nieżytu kiłowego nosa, które odpowiedniéj zastąpić można tamponowaniem w przypadkach, w których przez zwężenie światła powstaje niebezpieczeństwo dla ucha środkowego, albo gdzie z powodu utraty zdolności kurczenia się podniebienia miękkiego i nieprawidłowéj komunikacyi między jamą nosową i ustną obawiać się należy aspiracyi do trąbek Eustachiusza lub do krtani. M. odradza od zbyt wczesnego używania łyżeczki ostréj, które wobec wrzodów gruźliczych jest znakomitym środkiem. W końcu wspomina o pomyślnym wynikiem uwieńczonych

próbach Mikulicza w celu podniesienia zapadniętego nosa. (*Samml. klin. Vortr. Volkmanna* Nr. 326).

C. A. Haas. (Kiel) **Przyczynki do nauki o rzeżączkowém zapaleniu stawów.** Z kliniki prof. Esmarcha w Kiel.

Według H. występuje *Arthritis gonorrhoica* przeważnie u mężczyzn a okoliczność ta jest zawisłą od tego, że rzeżączkę znajdujemy częściéj u mężczyzny niż u kobiety a względnie jest rozpoznanie jéj u kobiety o wiele trudniejszém. Choroba rozpoczyna się prawie zawsze ostro, niekiedy z gorączką, rzadko dreszczami i może występować aż do roku od rozpoczęcia się rzeżączki. Jednorazowe zapadnięcie usposabia bardzo do nawrotów. I tak u jednego chorego, który przebył kilka razy rzeżączkę, występowało zajęcie stawów zawsze dwunastego dnia. Często jest tylko jeden staw zajęty, chociaż wszystkie stawy mogą zachorować zdaje się, że lewe kolano jest najczęstszą siedzibą choroby, któréj nasilenie jest zmienne. Podczas gdy serce tylko rzadko bywa zajęte, spostrzegał H. w kilku przypadkach zapalenie oka, którego nie można tłómaczyć bezpośredniem zarażeniem ropą rzeżączkową. Prognoza jest prawie zawsze dobra, chociaż trwanie choroby jest często bardzo długie i pozostałości, t. j. sztywność, ból, mogą rok a nawet i dłużéj dokuczać. Pewne leczenie dotychczas jeszcze nie jest znane, ale doświadczać należy najczęściéj używanych środków, jak salicylu, spokoju, zimna i opatrunków ustalających Czy w téj postaci zapalenia stawów znachodzą się gonokoki, są zdania sprzeczne a Lob w ten sposób kreśli obecny stan téj kwestyi: bezwątpienia jest zapalenie gośćcowate rzeżączkowe chorobą zakaźną, może jest to zakażenie przyranne, w którém pod nazwą wrzodów rzeżączkowych znane owrzodzenie mieszkowate tylnych części cewki moczowéj stanowią furtkę do wtargnięcia przerzutów, może być, że następuje zakażenie gonokokami, ale na pewne nie jest to jeszcze dotychczas stwierdzoném. (Rozprawa inauguracyjna w *Viertelj. f. Derm- u Syph.*) Rocznik XX).

† Dr. Destout **zaszczepił sobie łuszczycę.** W 16 dni po zaszczepieniu powstał charakterystyczny obraz téj choroby, ale nie w miejscu przeszczepienia. Tak zaszczepił Dr. D. na prawem ramieniu, a choroba powstała z początku i w większéj ilości na lewem przedramieniu. Tłomaczy to D. tem, że używa więcéj ręki lewéj. Rozpoznanie łuszczycy było potwierdzonem przez lugduńskie Towarzystwo naukowe, któremu się autor przedstawił. D. żadnych chorób skórnych oprócz liszaja napletkowego nie przebywał i żadnego dziedzicznego usposobienia nie posiada. Uważa on swój przypadek za pierwszy, wytrzymujący wszelką krytykę i szczególnie ciekawy ze względu na to, że pierwsze objawy chorobowe powstały nie na miejscu zaszczepienia. (*Allg. med. Central-Zeit.* 6 lipca.)

Choroby nerwowe.

Prof. Krafft-Ebing: **Badanie doświadczalne na polu hypnotyzmu.**

Podstawą powyższéj pracy są spostrzeżenia robione na hysteryczce, która zamknięta z powodu kradzieży, ale wobec znaków wybitnego zboczenia umysłowego oddaną została do kliniki K Przedstawiała ona w stanie jasności (I) objawy ciężkiéj macinnicy, można ją było przez poddawanie wprowadzić w stan kataleptyczno-somnambuliczny (II) i była w nim dowolnem narzędziem każdorazowego hypnotyzera tak, że na niéj wybornie można było badać poddawanie hypnotyczne i pohypnotyczne. Przy wykonywaniu ostatniego popadała chora zawsze w stan trzeci (III), podobny do autohypnozy; objaw, który tylko tak można wyjaśnić, że dojście do świadomości aż do wykonania ukrytego pohypnotycznego poddawania działało ponownie autohypnotyzująco. Jej istnienie odgrywało się więc w trzech od siebie oddzielnych i typowo regularnie i wśród pewnych warunków przebiegających okresach. Dla każdego z tych stanów istniała osobna świadomość i każdy miał swoją osobną pamięć tak, że przypominanie odnosiło się tylko do równych zdarzeń. Oprócz tych trzech spostrzegał jeszcze odmiany trzeciego stanu, a w jednéj z nich popełniała chora często kradzieże. Z dziwnych doświadczeń przez poddawanie ciekawe są głównie odnoszące się do zakresu nerwów naczynioruchowych i odżywczych i ośrodków regulujących ciepło. K. mógł choréj kilkakrotnie poddawać na oznaczony czas pewną ciepłotę ciała, udało mu się w niéj wywoływać za pomocą przedmiotów jako żarzące poddanych pęcherze i rany oparzelinowe, przez ucisk pieczęcią do bielizny, przedstawiającą literę K, a jako żarzącą poddaną na symetrycznem miejscu drugiéj połowy ciała dokładny obraz zwierciadlany. Stanów hypnotycznych używał także dla celów leczniczych i to z bardzo dobrym wynikiem. Na zasadzie spostrzeżeń w przebiegu pojedynczych okresów, jako też samych okresów, które mimo różnorodności powtarzają się całkiem regularnie według zupełnie ścisłych spraw psychicznych, przychodzi K. do wyniku, że objawy hypnotyzmu są przyrody psychiczno-suggestywnéj. (*Stuttgart* 1889).

Choroby umysłowe.

Paweł Moreau: **O obłąkaniu w wieku dziecięcym.**

Badając zboczenia umysłowe wieku dziecęciego nie należy zapominać, że w tym okresie życia skłonność bierze przewagę nad rozumem, a z drugiéj strony trzeba pamiętać, że zwykle, jeżeli nie zawsze, szukać należy pierwszych podniet do chorób umysłowych w odziedziczaniu, w niezmiennych i nieuniknionych prawidłach zwyrodnienia. Jako ogólne psychiczne przyczyny téj choroby wylicza M. dziedziczność, zwyrodnienie, zastój w rozwoju umysłowym, naśladowanie, w końcu wpływ obyczajów i wychowania. Jako szczegółowe psychiczne przyczyny przytacza M. charakter dziecka, gwałtowne na umysł lub na zmysły dzieci działające wpływy, rozdrażnienie przez namiętności jak gniew, zazdrość, chciwość, ambicyję, nadmierną radość i t. d., a w końcu przedrażnienie mózgu przez nadmiar pracy, jakie w naszych czasach zanadto często sprowadza niestosunek między wymaganiami a zdolnościami. Zarówno ważne jak psychiczne są przyczyny fizyczne dla powstawania zboczeń umysłowych w wieku dziecięcym, szczególnie o ile się rozchodzi dzieci usposobione; z ogólnych przyczyn psychicznych podnosi autor szczególnie znaczenie wieku, dojrzałości, samogwałtu, z przyczyn fizycznych, zależnych od indywidualności: wpływ przepalenia głowy na słońcu, działanie istot trujących, choroby ostre, jak zapalenie opon mózgowych, wodogłowie ostre, płonicę, zapalenie płuc, dur, różę itd., dalej nieprawidłowości ogólne, jak błednicę, zołzy, dnę, następnie robaki, urazy, nieprawidłową budowę czaszki itd. Następnie opisuje M. rożne postacie obłąkania, między któremi rozróżnia postacie czysto nerwowe i czysto psychiczne, a w tych ostatnich odróżnia stany pobudzenia, przygnębienia i osłabienia umysłowego. Omawiając leczenie tych chorób w wieku dziecięcym, przypomina autor, że leczenie duszy w dziecięctwie musi być przedewszystkiem i w pierwszéj linii zapobiegawcze. Trzeba umieć z korzyścią walczyć przeciw złym skłonnościom wrodzonym wielu dzieciom i które do pewnego stopnia panują nad ich losem moralnym i intelektualnym. Wzmocnić ciało i dać skłonnościom zdrowy kierunek, oto prawidło. które przedewszystkiem uwzględnić należy. (*W. m. Bl.*, 1889, Nr. 38). *Dr. Baschkopf.*

VII. Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Podał

Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.

(Gorączka „Dengue“).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Obok tych dwóch pojawów cechujących „dengue“ grupują się jeszcze inne, o których krótka wzmianka jest także konieczną. Oczy są lśniące, nastrzykane; bóle głowy, nadoczodołowe lub ogólne, jakby obręczem ściskające całą czaszkę, często są nieznośne. W jamie ustnéj chorzy czują smak nadzwyczaj gorzki, powiększający wstręt do pokarmów. Język zaczerwieniony po brzegach, pokryty powłoką białą lub biało żółtawą. Najczęściéj chorzy doświadczają nudności; rzadko jednak mają wymioty. Stanowi temu towarzyszy zaparcie stolca. Dość częstą jednak bywa i biegunka. Uczucie pragnienia nie jest znaczne. Skóra jest sucha, nie w stosunku jednak do stopnia gorączki. Oddech wydziela szczególnie nieprzyjemny odór. Wątroba i śledziona są prawidłowe. Jednym z bardziéj częstych pojawów jest bezsenność. Niekiedy występuje stan spokojnego majaczenia Jeden ze wschodnich kolegów, ścisły badacz, lubiący malownicze po-

równania, utrzymuje, że wyraz twarzy dotkniętych przez „dengue“, jest podobnym do wyrazu człowieka dobrze podpitego.

Rokowanie jest zawsze pomyślne. Dotąd bowiem nie mamy do zacytowania żadnego przypadku, który zakończyłby się nieszczęśliwie, i tak szybko, jakto bywa w innych chorobach panujących epidemicznie. Jednakże znanym jest przypadek śmierci zaszły w przebiegu epidemii „dengue“ w Senegalu. Dotyczy on kobiety, której zejście należy właściwie przypisać znacznemu stanowi niedokrewności. W Kalkucie kilka przykładów zejść nastąpiło wskutek zwyrodnienia serca. W epidemii zaś brazylijskiéj w Pernambuco i Batzia zauważano tylko bardzo częste powikłania towarzyszące powrotowi chorych do zdrowia. Tam to w ciągu dwóch do trzech miesięcy chorzy wycieńczeni i okazujący wstręt do najmniejszego ruchu, byli zmuszeni pozostać w łóżku. Dłuższe tylko podróże morskie usuwały ten stan osłabienia. Zauważano także przykłady, w których po zakończeniu się choroby gorączka występowała ponownie, z powikłaniami ze strony wątroby i dotkliwemi bólami całéj okolicy. Powikłania te jednak ustępowały zwykle czwa tego dnia. W innym znowu przypadku chory uległ ropnemu zapaleniu wątroby. Inni pluli krwią, a mocz ich był krwawy. Zachodzi więc pytanie, czy między temi cierpieniami i gorączką „dengue“ zachodzi jakiś stosunek; czy też cierpienia ze strony wątroby są tylko przypadkowe? Na to trudno odpowiedzieć, jakkolwiek Roux i Rochard przypuszczają możność istnienia zapaleń wątroby, utrzymując że w krajach gdzie „dengue“ panuje nagminnie, każdéj zimy liczba zapadłych na ropnie wątroby jest bardzo znaczną. Zaznaczam te zdania, aby zwrócić na nie uwagę badaczy.

Granice leczenia, nie są jeszcze określone. Wogóle powinno być ono przypadowem i opierać się na trzech głównych podstawach: 1) sprzyjania wystąpieniu wysypki; 2) zwalczania powikłań, i 3) podtrzymywania sił w okresie powrotu do zdrowia. Większość lekarzy po zadaniu w początkach środka przeczyszczającego przepisywała chininę, jedni raz tylko, drudzy w ciągu kilku dni. Są i tacy, co się zupełnie powstrzymali od podawania tego środka, przypisując mu powiększanie nieładów ze strony żołądka. Przeciwko bólom podawano antipyrynę i salicylan sodowy. W bezsenności chloral okazał się dość korzystnym. Uważając proces chorobowy jako zakażenie narządu trawienia podawaliśmy przetwory siarkowe, przekonawszy się, że u chorych leczonych w ten sposób apetyt powracał prędzéj, aniżeli u innych. Podawano także nawar z liści jaborandi (8 gramów na 200), z dodatkiem octanu amoniaku, eteru octowego i nalewki todu. Najwidoczniejszy jednak skutek otrzymywać się dawał po zastosowaniu małych dawek antipyryny (0,04 — 0,08) z domieszką nalewki z wilczéj jagody (5—10 kropli), które sprowadzały natychmiastową prawie ulgę, mianowicie u chorych z podrażnionym systemem nerwowym.

Co do pokarmów, to mleko z dodatkiem wody wapiennéj lub „Soda-water“, bywa najlepiéj znoszone. Lekki rosół podawano także z korzyścią. Ten rodzaj pożywienia jest najodpowiedniejszym i zwykle wystarczającym na czas trwania choroby. Wreszcie zmiana powietrza a nawet klimatu może być konieczną.

Jakkolwiek niepodobna wątpić, że „dengue“ jest chorobą zakaźną, to jednak przedsięwzięcie racyjonalnych środków ostrożności zostało uznane za zbyteczne. Z tego też powodu urzędy gminne tak w Smyrnie jak i w Konstantynopolu, odpowiadając reskryptowi ministeryjalnemu, wezwały tylko mieszkańców, aby się zastosowywać zechcieli do przepisów sanitarnych i higienicznych tak w domach jak i na ulicy. Otóż mądre stare przysłowie: że złe sprowadza za wsze coś dobrego, i pośród naszych opłakanych stosunków może znaleść potwierdzenie. Być też może, że w następstwie odwiedzin miast tureckich przez nowego wschodniego gościa da się coś zrobić i tutaj pod względem hygieny, a mianowicie że ulicom i placom targowym nada się pozór bardziéj malowniczy.

Na zakończenie i w interesie tych z moich względnych czytelników, którzyby chcieli zapoznać się z bardziéj szczegółowemi opisami gorączki „dengue“, pozwolę sobie wskazać następujące źródła:

Castoriades: „La fièvre Dengue“ à Chypre. Nat. Board of
Health, Bull. 1880. Russel Raynold: „A system of Medicine“ 1881
Pruner-bey: „Krankheiten des Orientes“, Erlangen 1817. H. Brun:
„La dengue à Bayruth“. Pasqua: „Bull. de Therapeutique, Janvier 80.
W. Aitken: „Science and Practice of Medecine“, T. I, str. 352.
Thaly: Archives de medecine navale, 1866. Richardson: „Clinical Essays“, T. I, str. 342. Med: Surg: Journal, Octobre 1828. Dictionnaire encyclopedique de Jacoud, Littré, Deschambre, etc. (C. d. n.)

VIII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Prof. J. Forster (Amsterdam): **O wpływie nasyconych roztworów soli kuchennéj na prątki chorobotwórcze.**

F. wykonał szereg doświadczeń celem zbadania działania soli kuchennéj w nadmiarze użytéj na żywotność pewnych chorobotwórczych i zakaźnych drobnoustrojów. W tym celu posypywał hodowle pewnych bakteryj, które bujnie rozwinęły się na stałéj pożywce, solą kuchenną w takiéj ilości, aby woda w pożywce się znajdująca nie była przesyconą i jeszcze nadmiar nierozpuszczonéj soli pokrywał hodowlę i pożywkę; po pewnym czasie przeszczepiał część tych hodowli na świeżą pożywkę gelatynową lub na zwierzęta. Okazało się, że różne rodzaje bakteryj różnie się zachowywały, n. p. prątki choleryczne Kocha ginęły już w kilka godzin po pokryciu wyjałowioną solą, przeciwnie zaś prątki durowe, ropotwórcze stafilokoki, streptokoki róży, bakteryje róży świń pozostały przy życiu nawet przez miesiące, dopiero po dłuższem zadziałaniu rozwijały się hodowle późniéj i powolniéj. Doświadczenia te mają dlatego praktyczne znaczenie, ponieważ w niektórych miejscowościach istnieje zwyczaj, aby mięso wołów i świń, dotkniętych przy zarzynaniu ogólną gruźlicą (perlicą), gdzie z tego powodu jego użycia zakazano, po 2—3 tygodniach wracano właścicielom do wolnego użycia, sądząc, że przez solenie zostają prątki gruźlicze zabite. Tymczasem ma się rzecz ta według doświadczeń autora przeciwnie. F. użył do doświadczeń tych nie tylko sztucznych hodowli prątków gruźliczych, lecz także narządów zwierzęcia, zajętych guzami perlicowemi. Pracując nad zaraźliwością plwocin gruźliczych i nad ich leczeniem ze stanowiska zapobiegawczego, mógł w odnośnych doświadczeniach z solą kuchenną wykazać prątki gruźlicze zarówno używając karbolu i fuksyny, jak i pierwotnego postępowania Kocha. Przyczyną odporności tych prątków wobec soli kuchennéj są prawdopodobnie zarodniki. Z doświadczeń tych wynika, że solenie mięsa zwierząt, dotkniętych perlicą, chorobami połogowemi (streptokoki róży), ropotwórczemi wcale nie niszczy znajdujących się w mięsie bodźców chorobowych, z wyjątkiem pasorzytów wąglika w postaci wegetatywnéj; solenie samo nie rozwija działania przeciwgnilnego, ani odrażającego. (*Münch. m. Woch.* 1889, Nr. 29). *Dr. Baschkopf.*

L. 87681 **Okólnik**

do wszystkich PP. c. k. Starostów i WWPP. Prezydentów miast: Lwowa i Krakowa.

Wysokie c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych udzieliło reskryptem z dnia 10 grudnia b. r. l. 22989 swe rozporządzenie z dnia 12 grudnia b. r. o cenniku leków na rok 1890.

Posyłając Panu c. k. Staroście odpis tego rozporządzenia, które niebawem w Dzienniku ustaw państwa będzie ogłoszonem i którego postanowienia od 1 stycznia 1890 obowiązują, poleca się Panu o tych postanowieniach i o zmianie dotychczasowych postanowień co do zapisywania i wydawania lekarstw bezzwłocznie zawiadomić wszystkich w powiecie zamieszkałych lekarzy, chirurgów i weterynarzy.

Oraz zawezwiesz Pan lekarza powiatowego, względnie asystenta sanitarnego, aby się dokładnie zaznajomił z postanowieniami tegoż rozporządzenia i ściśle dozorował wykonywania tych postanowień przez organa sanitarne.

Lwów, dnia 21 grudnia 1889. *Badeni.*

Rozporządzenie

c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 12 grudnia 1889, dotyczące cennika leków na rok 1890.

Z dniem 1-go stycznia 1890 obowiązuje cennik leków, wydany nakładem c. k. drukarni nadwornéj i państwowéj pod tytułem: *„Arznei-Taxe für das Jahr 1890 zur VII. Auflage der österreichischen Pharmakopöe.“* Rozporządzenie c. k. Mini-

sterstwa spraw wewnętrznych z dnia 28 listopada 1885 (Dz. ust. pań., Nr. 167) dotyczące cennika leków, przestaje obowiązywać z dniem 1 stycznia 1890, a natomiast ogłasza się następujące postanowienia:

§ 1. Wszyscy aptekarze bez wyjątku, tudzież uprawnieni do utrzymywania domowéj apteki lekarze i chirurdzy, względnie weterynarze, mają ściśle stosować się do cennika leków, obowiązującego od 1 stycznia 1890 i posiadać jeden drukowany egzemplarz takowego.

§ 2. Ogólne postanowienia i prawidła, które ogłoszono rozporządzeniem Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 1 lipca 1889 roku (Dz. p. p., Nr. 107), a umieszczone we wstępie siódmego wydania austryjackiéj farmakopei, tudzież wyszczególnione poniżéj przepisy mają być ściśle przestrzegane przez aptekarzy, lekarzy i chirurgów.

§ 3. Te artykuły lecznicze, których wydawanie ograniczono szczegółowemi rozporządzeniami i które o ile należą do artykułów obowiązujących (oficyjalnych), w niniejszym cenniku, jak i w farmokopei, tłustym drukiem są oznaczone, a nadto objęte czwartą (IV) tablicą farmakopei, mogą być wydawane przez aptekarzy tylko na prawidłowy przepis (receptę) uprawnionego w téj mierze lekarza, chirurga lub weterynarza.

Na mocy rozporządzenia Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 1 sierpnia 1884 r. (Dz. p. p., Nr. 131) nie dotyczy to kwasu karbolowego, witryolu cynku i witryolu miedzi, o ile te środki nie mają być użyte jako lekarstwa, lecz jedynie jako środki odrażające (desinfekcyjne), dlaczego też należy napis (sygnaturę) „do desinfekcyi" umieścić na naczyniu wyraźnie i widocznie. Również nie dotyczy to chloroformu, jeżeli tenże w mięszaninie, przeznaczonéj do zewnętrznego użytku, nie przenosi 20% całéj ilości mięszaniny.

§ 4. Przy przyrządzaniu i wydawaniu lekarstw należy w każdym kierunku jak najdokładniej przestrzegać wskazówek przepisu lekarskiego (recepty). Przepisy lekarskie, w których lekarz przekroczył najwyższą dawkę leku, oznaczoną na tablicy trzeciéj VII-go wydania farmakopei austryjackiéj z roku 1889, tylko w takim razie mogą być ekspedyjowane według ordynacyi, jeżeli lekarz obok liczb, oznaczających ciężar leku, dodał w nawiasie wykrzyknik (!). Nadto zarządza się, aby w receptach zawierających leki objęte wykazem dawek maksymalnych ilość tychże leków nie tylko cyframi, ale także słowami dokładnie oznaczono.

§ 5. Przepis lekarski (recepta) powinien być we wszystkich swych częściach wyraźnie i czytelnie napisany. Na przepisy nieczytelne lub niezrozumiałe aptekarzowi niewolno wydawać leków bez zasięgnięcia poprzód wyjaśnienia od ordynującego lekarza. Na każdym przepisie winien lekarz sam podać nazwisko i mieszkanie strony, dla któréj lek przeznaczony; jeżeliby zaś lekarz tego nie uczynił, ma aptekarz uzupełnić przepis w tym kierunku.

§ 6. Powtórne wydawanie leku na tę samą receptę dozwolonem jest tylko dla téj osoby, która na recepcie jest wymienioną. Jeżeli zachodzi uzasadniona obawa nadużycia leku, natenczas winien ordynujący lekarz zaopatrzyć przepis klauzulą *„ne repetatur"*, a w takim razie nie wolno aptekarzowi na receptę opatrzoną taką klauzulą wydać leku powtórnie.

§ 7. Zabrania się wydawania leków na odpisy recept, jak niemniéj kopijowania recept w aptekach. Wyjątek od tego stanowią szczególniejsze okoliczności, a mianowicie, jeżeli lek wydanym bywa na koszt funduszu publicznego, zakładu dobroczynnego, stowarzyszenia i t. p. W takim przypadku winien aptekarz na odpisie recepty wyraźnie podać powód odpisania jéj i uwagę tę swoim podpisem potwierdzić.

§ 8. Przepisy lekarskie, opatrzone dopiskiem *cito* lub *statim*, należy z wszelkim pośpiechem ekspedyjować.

§ 9. Niewolno ekspedyjować leków na przepisy, opatrzone dodatkiem: *secundum meam praescriptionem* lub inną podobną uwagą, któraby wskazywała jakąś tajemnicę lub też porozumienie się aptekarza z lekarzem, które w wszelkich stosunkach lekarza do aptekarza jest wzbronione.

Lekarzom zabrania się na receptach używać podobnych dopisków lub uwag.

§ 10. Przy wydawaniu leków na koszt funduszów publicznych, zakładów dobroczynnych, kas dla chorych i t. p., jak niemniéj dla niezamożnych, a także, jeżeli strona tego wyraźnie się domaga, należy obliczyć tylko te naczynia (przechówki), które w cenniku jako najtańsze oznaczono.

To samo czynić należy, jeżeli lekarz z powodu niezamożności chorego umieścił na przepisie uwagę: *fiat expeditio simplex.*

§ 11. Jeżeli dla którego artykułu leczniczego ustanowioną jest jedna cena, należy według niéj wszelką ilość leku wydawać, za artykuły zaś z ceną dwojaką lub trojaką należy obliczać należytość za większą ilość według ustanowionych cen zniżonych.

Jeżeli jednak przez pomnożenie ceny za dawki mniejszéj ilości zostałaby przekroczoną cena zniżona dla większéj ilości, to w takim razie ta ostatnia cena winna być zastosowaną.

§ 12. Jeżeli należytość przy taksowaniu za lek nie dosięga jednego centa, może być za cały cent policzony, jeżeli zaś za pewien artykuł oprócz jednego lub więcéj centów przypada jeszcze do wypłaty ułamkowa część centa, to może być ona za cały cent policzoną. (Dok. nast.)

Treść rozporządzenia c. k. Namiestnictwa z 27/9 1888 r. L. 54.066 w sprawie nadzoru nad budynkami leczniczemi i humanitarnemi.

(Do pp. Starostów i pp. Prezydentów). Ponieważ według § 1 i 2 ust. z 30/4 1870. Dz. pp. Nr. 68 przysługuje administracyi rządowéj prawo nadzoru nad wszelkiemi sprawami sanitarnemi, a w szczególności nad zakładami leczniczemi i humanitarnymi, przeto poleca się Panu (do pp. Starostów), abyś w razie udzielenia koncesyi tam, gdzie zachodzi kompetencyja rządowéj władzy politycznéj, przed udzieleniem jéj przedkładał c. k. Namiestnictwu plany nowo budować się mających budynków, lub plany na przebudowanie, albo adaptacyję budynków istniejących a przeznaczonych na umieszczenie zakładów leczniczych lub humanitarnych. W razie zaś udzielenia koncesyi budowlanéj przez Urząd gminny, należy go zawezwać, aby przedłożył plany c. k. Starostwu i przedstawić je następnie wraz ze swemi uwagami c. k. Namiestnictwu do ocenienia. W myśl bowiem § 10 pomienionéj ustawy podlegają plany budynków powyżéj podanych ocenieniu c. k. kraj. Rady zdrowia, na podstawie którego wyda c. k. Namiestnictwo swe orzeczenie.

(Do pp. Prezydentów): abyś przed udzieleniem koncesyi budowlanéj przedkładał c. k. Namiestnictwu plany budynków, nowo budować się mających, lub plany na przebudowanie, albo adaptacyję budynków istniejących, a przeznaczonych na umieszczenie zakładów leczniczych i humanitarnych, celem ocenienia takowych na podstawie orzeczenia c. k. kraj. Rady zdrowia (§ 10 ust. sanitarnéj) przez c. k. Namiestnictwo.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dn. 15 bm. pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie, na którem fizyk miejski Dr. Buszek przedstawił cyfry, odnoszące się do śmiertelności w Krakowie w r. 1889. Ogółem umarło w Krakowie 2327, między nimi 637 obcych. W stosunku do roku i 1000 stanowi to z obcymi 30·9, bez nich 22·4. Średnia śmiertelność z chorób zakaźnych wynosiła 12% ogółu zmarłych. Najmniejsza śmiertelność z chorób zakaźnych była w czerwcu z 3·7 proc., największa w listopadzie w 18·8%. Na suchoty płucne umarło 460, na zapalenie płuc 372, na zapalenie jelit 205, na tyfus brzuszny 33, na tyfus plamisty 5, na odrę 16, na szkarlatynę 31, na dysenteryję 11, na ospę jedna osoba. Rok więc 1889 zaliczyć wypada do bardzo korzystnych z powodu znacznego zmniejszenia się śmiertelności z chorób zakaźnych. Fizyk powiatowy Dr. Ponikło podał do wiadomości, że i w powiecie krakowskim był rok 1889 pod względem zdrowia publicznego korzystny, że choroby zakaźne, mianowicie dysenteryja i płonica pojawiły się prawie wyłącznie tylko sporadycznie i że influenza nagabuje wprawdzie w ostatnich tygodniach bardzo wielką część ludności (są gminy, gdzie naraz koło $^1/_3$ ludności jest chora), ale że przebieg jéj jest łagodny, a powikłanie z zapaleniem płuc bardzo rzadkie. Po załatwieniu kilku ważnych spraw bieżących wezwano Magistrat, by przed wprowadzeniem w mieście obowiązkowéj desinfekcyi w chorobach zakaźnych przedstawił na najbliższem posiedzeniu komisyi sanitarnéj projekt urządzenia służby desinfekcyjnéj, któraby w mieszkaniach prywatnych dokonywała desinfekcyi według instrukcyi przez komisyję

sanitarną uchwalonéj, a przez Radę miejską stwierdzić się mającéj.

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 16 stycznia. We wtorek odbyła się w hotelu drezdeńskim wspólna kolacyja członków Tow. lekarskiego na pożegnanie roku ubiegłego. Zebrało się kilkudziesięciu członków; bawiono się ochoczo i wznoszono liczne toasty. Prezes tegoroczny kol. Mars rozpoczął ich szereg i to na cześć Uniwersytetu, a względnie Wydziału lekarskiego; Rektor Magnif. pił na łączność Tow. lekarskiego z Wydziałem lekarskim; kol. Domański na cześć redakcyi *Przeglądu Lek.*; redaktor wniósł toast na cześć ustępującego prezydyjum Towarzystwa; kol. Gluziński na cześć kol. Domańskiego jako orędownika wodociągów krakowskich itd.

* Doszło nas zaproszenie na X. kongres lekarski międzynarodowy, odbyć się mający w Berlinie od 4—9 sierpnia r. b. Członkiem może być każdy lekarz; składka wynosi 20 marek, za które otrzyma się egzemplarz sprawozdania zjazdowego.

* Magistrat tutejszy przypomina lekarzom praktykującym, że pod grzywną 1—100 złr. obowiązani są donosić o każdym przypadku choroby zakaźnéj. Tyczy się ten obowiązek i influenzy, a pomimo że choroba ta już od kilku tygodni panuje w mieście, nikt z lekarzy Magistratowi nie donosi. W raportach pożądane są spostrzeżenia co do powstawania i szerzenia się choroby i skuteczności środków zaradczych. Blankiety znajdują się w każdéj aptece.

* Otrzymaliśmy list następujący:

Proszę uprzejmie o łaskawe umieszczenie w kronice przyszłego numeru *Przeglądu* następującéj ostatniéj odezwy. „Dla dokładnego ukończenia sprawy moich ciałek na tem miejscu uważam za potrzebne podać jeszcze następujące wyjaśnienia.

1. Właśnie w tutejszem Towarzystwie lekarskiem, jak w ogóle przy wszystkich moich tak licznych demonstracyjach, pokazywałem i pokazuję przedewszystkiem na izolowanych włóknach nerwowych, że między komórkami Schwanna a mojemi ciałkami najmniejszego nie ma podobieństwa.

2. Prof. Cybulski omijając fakt, że tylko człowiek dorosły posiada ciałka nerwowe, komórki zaś Schwanna są składnikami każdego nerwu, omijając więc fakt, który czyni każdego rodzaju inne dowody samoistności tych ciałek zupełnie zbytecznemi, tem samem sam ten dowód uznaje.

3. Jeżeli zatem pomimo to jeszcze innego specyjalnego żąda dowodu, żądanie, którego wartość zresztą na innem miejscu jeszcze wyjaśnię, to takie żądanie dostatecznie samo się charakteryzuje. *Adamkiewicz.*

* **Warszawa**. Prezesem Tow. lekarskiego na rok bieżący wybrany został prof. Brodowski, wiceprezesem Dr. Przewóski, sekretarzem dorocznym Dr. Jakowski.

* Kol. Rybicki ze Skierniewic donosi w *Medycynie*, że w influenzy, w samym początku choroby, podany środek wymiotny działa bardzo korzystnie, o ile objawy natychmiast łagodnieją, a powrót do zdrowia szybko następuje. Skuteczność wczesnie zastosowanego środka tlomaczy pobudzeniem wydzielin wszystkich błon śluzowych, przez co znaczna część zarazka, nagromadzonego pierwotnie na ich powierzchniach, doraźnie usuniętą zostaje.

* *St. Petersb. med. Woch.* donosi, że prof. Wahl w Dorpacie doznał ciężkiego uszkodzenia skutkiem przejechania. Sprawdzono złamanie 10 i 11-go żebra lewego, prawdopodobny uraz nerki lewéj, gorączkę i upadek sił. Prof. Wahl liczy lat 57.

* **Odznaczenie**. Prof. położnictwa w Celowcu Dr. Krassnig otrzymał tytuł radzcy rządowego.

* **Wiadomości osobowe**. Dr. Jan Kulczyński mianowany został lekarzem miejskim w Lubaczowie.—Stopnie doktorów w. nauk lekarsk. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp Stanisław Mateusz Dekański, rodem ze Stróża w Lubelskiem i Bolesław Franciszek Nodzyński, rodem z Wieliczki.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Królewiec**. Prof. Hippel w Giessen przyjął zaproszenie na katedrę kliniki okulistycznéj, a prof. Mikulicz ma zostać następcą Volkmanna w Hali.

* **Zmarli**. Dr. Józef Paneth, docent fizyjologii we Wiedniu, lat 33 liczący; tamże Dr. Schulz w 73 roku życia, znakomity praktyk; w Hali Dr. Kunze, autor rozpowszechnionego podręcznika klinicznego; w Rio de Janeiro prof. Müller, bawarczyk; w Würzburgu prof. chorób usznych, baron Antoni Fryderyk Troeltsch, urodzony w r. 1829, od roku 1860 prof. otijatryi i autor licznych dzieł fachowych; w Linzu prof. położnictwa Dr. Jan Paweł Thaler w 58 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 2: Elsenberga: *Xeroderma pigmentosum*; Heryngа: O wynikach chirurg. leczenia suchot krtani (ciąg d.); — w *Nowinach Lek.* Nr. 1: Błażejewskiego; Terapija niektórych chorób płucnych; Noiszewskiego: Przeszczepianie spojówki przy jaglicy; Panieńskiego; O śmierci przez zmarznięcie ze stanowiska med. sąd.; Wicherkiewicza: O wartości leczenia samoistnie odczepionéj siatkówki sposobem Schölera; Panieńskiego: Padaczka częściowa. — W *Medycynie* Nr. 2: Radziszewskiego: Przyczynek do etijologii tężca reumatycznego.

Redakcyja otrzymała:

PRUSZYŃSKIEGO: O zachowaniu się kw. amidosalicylowych w ustroju (Odbitka z *Gaz. Lek.* 1889) in 8-vo str. 12. — Dr. CHŁAPOWSKI: O rozpozn. niektórych zboczeń w położeniu jelit i zapobieg. ich skutkom. — Tenże: Wspomnienie poświęcone ś. p. Tytusowi Chałubińskiemu (Obitka z *Nowin Lek.* 1889 in 8-vo str. 9 i 8).— Prof. Dr. G. POMMER: Teratologische Mittheilungen. (Odbitka z *Berichte d. naturw. med. Vereins.*). Insbruck 1889, in 8-vo str. 50, z 2 t.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie d. 22 bm. o godzinie 6-téj w sali prof. Blumenstoka posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. Browicz okaże rzadki przypadek zmian tchawicy; 2) kol Sroczyński przedstawi chorego z kliniki okulistycznéj po wykonanem wydobyciu wągra z gałki ocznéj. 3) Kol. Kaufman o fizyjol. działaniu mięsienia.

W środę d. 22 stycznia o godz. 5½ popołudniu, (t. j. przed posiedzeniem Tow. lek. krak.) odbędzie się w sali wykładowéj prof. Blumenstoka XIV Zgromadzenie ogólne Wydawnictwa dzieł lek. polskich w Krakowie, na które szanownych członków i prenumeratorów Wydawnictwa zapraszam.

Prof. Dr. Korczyński.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.